

青葉区認知症高齢者安心ネットワーク登録申込書(□新規・□変更)

申込日を記入

記入不要

登録番号: _____ 登録年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込年月日 R5 年 3 月 1 日

申込先 青葉福祉保健センター
区受理印

申込者

| | |
|------------|---|
| ふりがな 氏名 | みなと うめこ 港 梅子 (対象者との続柄 長女) |
| 住所 | 〒213-0017 横浜市中区港町1-1 |
| 電話 | 自宅 045 - 671 - ×××× 携帯 080 - ×××× - ×××× |

記入不要

申込みされる方(ご家族等)のお名前・ご住所・電話番号をご記入ください。
☆申込者は決定通知等の送付先になります。

1 青葉区認知症高齢者安心ネットワーク(登録)・変更を申請します。

| | | | |
|--|--|---|--|
| ふりがな 氏名 | よこはま はなこ 横浜 花子 (旧姓)青葉 | あおば 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女 | <input checked="" type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない |
| 生年月日 | 明治・大正・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 14年 10月 21日 (79歳) | | <input checked="" type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない |
| 住所 | 青葉区 市ヶ尾町31-4 (<input checked="" type="checkbox"/> 自宅・施設) | | <input type="checkbox"/> 言える <input checked="" type="checkbox"/> 言えない |
| 電話 | 045-978-×××× | | <input type="checkbox"/> 言える <input checked="" type="checkbox"/> 言えない |
| かかりつけ医 | 医療機関名:〇〇病院(青葉区市ヶ尾町) | 電話 | 045-978-×××× |
| 既往歴,内服薬 | 糖尿病、認知症 | | |
| ケアマネジャー | 事業所名:〇〇居宅介護支援事業所 △△CM | 電話 | 045-978-×××× |
| 本人の特徴 | 身長: 154 cm位 | 体重: 45 kg位 | 眼鏡: あり・ <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 頭髪: <input checked="" type="checkbox"/> ある (<input checked="" type="checkbox"/> 白髪・黒髪) ・なし | 行方不明による保護歴: <input checked="" type="checkbox"/> あり・なし | | |
| 体格: 太っている・ <input checked="" type="checkbox"/> ふつう・やせている | 特記事項:前住所、出生地、民生委員の関わり有無、難聴の有無等 前住所(川崎市〇〇区)近くまで歩いて行ける方 保護されたことあり。 | | |
| 装飾品(帽子、アクセサリー等):帽子を着用 | ※見守りシール事業の利用希望者は、緊急時に迎えに行ける連絡先(1か所以上)を下記に | | |
| 行きそうな場所:川崎市、都筑区 | | | |
| 緊急連絡先① | 申請者と同じ | 緊急時 <input checked="" type="checkbox"/> 行ける | |
| 緊急連絡先② | しめい よこはま いちろう 氏名 横浜 一郎 (長男) 住所 〒111-1111 横浜市青葉区市ヶ尾町111 電話 自宅 〇〇(〇〇〇)〇〇 携帯 〇〇(〇〇〇)〇〇〇 | 緊急時の迎え <input checked="" type="checkbox"/> 行ける | |
| 緊急連絡先③ | ふりがな 氏名 (続柄) 住所 〒 電話 自宅 () 携帯 () | 緊急時の迎え <input type="checkbox"/> 行ける | |

緊急連絡先に登録している方のうち「行ける」方はチェックを記入ください。

シールは別途委託事業者から申請者宛に送付します。

2 この情報を「神奈川県警察」に提供することを希望しますか 希望する 希望しない

3 (2で「希望する」方に確認)見守りシール事業の利用を希望しますか 希望する 希望しない

裏面の「個人情報の提供・利用に関する同意事項を確認し、同意者氏名に署名をお願い致します。

申込者の方が裏面の同意事項を確認し、同意者氏名に署名をお願い致します。
同意者氏名 港 梅子

見守りシール希望する場合、緊急連絡先の方が迎えに行けるにを入れていることが必要です。

青葉区認知症高齢者安心ネットワーク登録申込書

○本人の特徴がわかる写真として、「顔写真」、「全身写真」の2枚を提出してください。
(「顔写真」の提出は必須とします。「全身写真」は可能な限り提出してください。)

登録者氏名を記入。

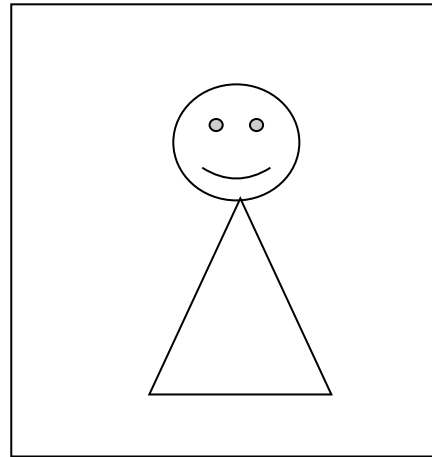
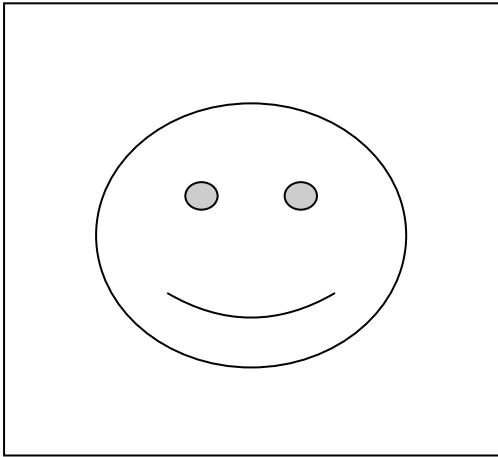
本人氏名 ふりがな 横浜 よこはま はなこ 花子

写真 (「顔写真」と「全身写真」の2枚を貼ってください)

写真は本人であることがはっきりわかるものを用意ください。
※大きさは多少小さくても可。

写真 あり・なし

※ありの場合、糊付けして添付してください。
(写真は裏面に氏名・生年月日を記入してください。)



<個人情報の提供・利用に関する同意>

【同意事項】

- ① この情報を、青葉区役所、青葉区内の地域包括支援センター及び青葉警察署に情報提供すること。
- ② 発見協力依頼をした場合、発見協力依頼書の内容が発見協力機関・団体に情報提供すること。
- ③ 転居の有無等現況確認のため、必要な場合に横浜市(市役所及び区役所)が個人情報を確認すること。
- ④ 横浜市役所及び神奈川県庁を経由し神奈川県警察に情報提供すること。
- ⑤ 委託事業者に申請に必要な項目(登録者本人の住所・氏名・電話番号・生年月日・性別、申請者及び緊急連絡先の住所・氏名・電話番号・本人との続柄)を情報提供すること。

※①～③: 青葉区認知症高齢者安心ネットワークを登録する場合に同意が必要です。

※④: 神奈川県及び神奈川県警察への事前登録情報の提供を希望する場合に同意が必要です。

※⑤: 見守りシール事業を利用する場合に同意が必要です。