

新規登録

登録変更

申請日		年 月 日				
申請者	(ふりがな) 氏名	登録者との続柄				
	住所 〒 -	電話番号 自宅 ( ) - 携帯 - -				
登録者	(ふりがな) 氏名	男 女	旧姓			
	住所 〒 - 旭区	(マンション・アパート等の名称)				
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( 歳)	電話番号 ( ) -			
見守りシール事業		<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	※見守りシール事業の利用希望者は、緊急時の迎えに行ける連絡先（1ヶ所以上）を記載。シールは申請者宛に送付します。			
連絡先	第1連絡先	(ふりがな) 氏名	登録者との続柄	緊急時の迎え	<input type="checkbox"/> 行ける	
		住所 〒				
		電話番号	自宅 ( ) -	携帯	-	-
		連絡先の追加・連絡時留意事項等				
	第2連絡先	(ふりがな) 氏名	登録者との続柄	緊急時の迎え	<input type="checkbox"/> 行ける	
		住所 〒				
		電話番号	自宅 ( ) -	携帯	-	-
		連絡先の追加・連絡時留意事項等				
	第3連絡先	(ふりがな) 氏名	登録者との続柄	緊急時の迎え	<input type="checkbox"/> 行ける	
住所 〒						
電話番号		自宅 ( ) -	携帯	-	-	
連絡先の追加・連絡時留意事項等						
ケアマネジャー	事業所名 担当者	電話番号	特記事項（既往症等）			
かかりつけ医療機関医	医療機関名 担当医	電話番号				
<p>私は、「横浜市旭区認知症高齢者等SOSネットワーク」登録にあたり、実施機関（旭区役所・旭区地域ケアプラザ・旭警察署）に登録書を保管し、認知症高齢者等が行方不明になった場合、この登録書の記載内容の使用が必要になった時には、関係機関（捜索協力要請機関）に情報提供を行い、必要に応じて実施機関とケアマネジャーや医療機関、民生委員が連絡調整することに同意します。また、この情報を神奈川県警に提供することを希望します。また区外に発見協力依頼を行う場合には、依頼先の要綱に基づいて情報提供を行うことに同意します。転居等の現況確認のため必要な個人情報（住所・氏名・生年月日）を横浜市（市役所・区役所）が確認することに同意します。見守りシール事業の利用を希望する場合、委託事業者に申請に必要な項目を情報提供することに同意します。</p>						
登録者氏名		(後見人等又は家族・代理人氏名)				
変更申請		※変更箇所は赤字で見え消しして上書きしてください				
①	申請日	氏名	続柄	変更内容・理由	受付印	
	申請者	住所 〒	自宅 携帯			
②	申請日	氏名	続柄	変更内容・理由	受付印	
	申請者	住所 〒	自宅 携帯			

