

緑区認知症高齢者等SOSネットワーク事業 (兼見守りシール事業利用)

新規登録・変更

申請書

(申請先)

横浜市緑福祉保健センター長

年 月 日

緑区認知症高齢者等SOSネットワーク登録 **(新規・変更)** を申請します。

申請者兼 緊急連絡先①	ふりがな 氏名	続柄 ()	緊急時の迎え <input type="checkbox"/> 行ける		
	住所 〒				
	電話番号 (自宅)		携帯電話		
ご本人 について	ふりがな 氏名	(旧姓)	男 ・ 女	電話番号 生年月日	年 月 日
	住所	横浜市緑区 市内転居の場合 前区 区			
	身体の特徴	身長: _____ cm位 / 体重: _____ kg位 / 体型: 大柄・普通・やせ形			
		頭髮: 短髪・長髪・なし・黒髪・白髪・その他 ()			
		ひげ: あり・なし / 眼鏡: あり・なし / 血液型: A・B・O・AB 型			
	その他特徴:				
	認知機能	名前: 言える・言えない / 住所: 言える・言えない / 年齢: 言える・言えない			
	行方不明 の有無等	よく行く場所:			
		よく持ち歩く装飾品:			
		行方不明の有無 あり・なし / 直近に行方不明になった日: _____ 年 月 日			
発見された場所:					
ケアマネジャー	事業所名				
	担当者	電話番号			
かかりつけ 医療機関	名称				
	担当医師	電話番号			
健康状況 既往歴					
緊急連絡先②	ふりがな 氏名	続柄 ()	緊急時の迎え <input type="checkbox"/> 行ける		
	住所 〒				
	電話番号 (自宅)		携帯電話		
緊急連絡先③	ふりがな 氏名	続柄 ()	緊急時の迎え <input type="checkbox"/> 行ける		
	住所 〒				
	電話番号 (自宅)		携帯電話		

- 緑区役所・緑区内地域包括支援センター・緑警察署での登録情報共有に同意しますか。 (同意する・同意しない)
- 「神奈川県警察」に登録情報を提供することを希望しますか。 (希望する・希望しない)
- 上記、希望者のみ 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)

※見守りシールは、後日委託業者から申請者へ送られます。

- 行方不明時、以下の発見協力機関へ発見協力依頼を希望しますか。 (希望する・希望しない)

市営地下鉄・市営バス・東急バス青葉台営業所・神奈川中央交通中山営業所・相鉄バス旭営業所・区内郵便局・ゆうちょ銀行横浜緑店

緑区認知症高齢者等SOSネットワーク登録申請書

可能な限り、本人の特徴がわかる「顔写真」と「全身写真」の2枚を提出してください。

登録者氏名： _____

「顔写真」・「全身写真」2枚を
貼ってください。

個人情報の提供・利用に関する同意について同意します。

1 認知症高齢者等SOSネットワークを登録する場合

・登録者の情報を、区役所、地域包括支援センター及び区内警察署等の区が定めた関係機関、情報共有機関に提供すること。

・見協力依頼をした場合、認知症高齢者等SOSネットワーク協力依頼（兼解除）連絡票の内容を区が定めた関係機関、協力機関等に情報提供すること。

・転居の有無等の現況確認のため、登録者と申請者の必要な個人情報（住所・氏名・生年月日）が必要な場合に横浜市（市役所及び区役所）が確認すること。

2 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、神奈川県及び神奈川県警察に情報提供すること。

3 見守りシール事業を利用する場合、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。

同意者氏名 _____