（第１号様式）

**中区登録Ｎо．**

**中区認知症高齢者等SOSネットワーク登録申請書**

**（兼　見守りシール事業申請書）**

　　年　　月　　日

（申請先）横浜市中福祉保健センター長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　所 |  |
| ふりがな  氏　名 | 続柄 |
| 電話番号 | （　　　） |

中区認知症高齢者等SOSネットワーク登録を申請します**。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人について |  | （旧姓　　　　） | | | 生年月日 | | 年　　月　　日  　　（　　　　　歳） | | | | | |
| 住　所 | 横浜市中区 | | | | | | | | 性　別 | 男・女 | |
| 身　長 | ㎝位 | | 体　型 | 太め・普通・やせ気味 | | | | | | | |
| 頭　髪 | あり（白髪・黒髪）・　なし | | ひ　げ | あり　・　なし | | | | | | | |
| 認知症の  程度 | 名前を　　言える・言えない | | 住所を　　　　言える・言えない | | | | | | | | |
| 年齢を　　言える・言えない | | 生年月日を　　言える・言えない | | | | | | | | |
| その他 | よく出かける場所､出身地など | | | | | | | | | | |
| ケアマネ  ジャー | 事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | 電話番号 | |  | | | | |
| 連絡先 | 第１連絡先 | 申請者と同じ | | | | | | | 緊急時の迎え  □行ける | | | ※必ずいずれかに✓をして下さい |
| 第2連絡先 | 続柄  住所  電話　　　　（　　 　） | | | | | | | 緊急時の迎え  □行ける | | |
| 【確認事項】  ①この情報を、区役所、区内地域ケアプラザ(ぽ～と・地域活動ホーム)及び区内警察署等のネットワー  ク登録機関に提供すること。また、現況確認のため、必要な個人情報を区役所が確認することに同意しますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　同意する　・　同意しない  ◎ここからは、65歳以上の方、若年性認知症と診断された方のみご回答ください  ②横浜市及び神奈川県・神奈川県警察に情報提供することに同意しますか。  **同意する**　・　同意しない  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  ※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するものとします。 | | | | | | | | | | | | |

(第1号様式 )

**中区登録Ｎо．**

可能な限り、顔写真と全体写真を添付してください。　　（氏名：　　　　　　　　　）

＜事務処理欄＞

区　受理年月日



受理者：

ケアプラザ受理年月日



受理者：

区　受理年月日



受理者：

課　長

係　長

地区担当