

認知症高齢者等SOSネットワーク
(兼見守りシール事業)登録内容変更
廃止

届出書

令和 年 月 日

(申請先)
横浜市 西区福祉保健センター長

(申請者)

ふりがな

氏名

続柄

住所 〒

電話番号(自宅)

()

電話番号(携帯)

()

1 申請内容に変更がありましたので、
登録を廃止したいので、

次のとおり届け出ます。

※ **太枠内** は必須記入となります。その他の部分に関しては、変更がある部分のみご記載ください。

登録No	登録申請受付場所		
ふりがな 登録者本人氏名	電話番号		()
住所	区	(市内転居の場合) 転居先: 区	
特徴	身長: cm位 / 体格: 太っている・ふつう・やせている 体重: kg位 / 頭髪: ある(白髪・黒髪)・なし メガネ: あり・なし / 歯の状態: ひげ: あり・なし / 身体の特徴: 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 特記事項:		
ケアマネジャー	事業所名:	電話	
かかりつけ 医療機関	医療機関名:	電話	
既往歴 内服状況等			
※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)を記載。シールは申請者宛に送付します。			
緊急連絡先①	申請者と同じ	緊急時の迎え <input type="checkbox"/> 行ける	
緊急連絡先②	ふりがな 氏名	続柄	緊急時の迎え
	住所 〒		<input type="checkbox"/> 行ける
	電話 自宅 ()	携帯 ()	
緊急連絡先③	ふりがな 氏名	続柄	緊急時の迎え
	住所 〒		<input type="checkbox"/> 行ける
	電話 自宅 ()	携帯 ()	
変更理由			
変更申請受付場所			

2 この情報を「神奈川県」「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 見守りシール事業の利用を希望しますか(※2で「希望する」方に確認) 希望する 希望しない

認知症高齢者等SOSネットワーク
(兼見守りシール事業)

登録内容変更
廃止

届出書

※ 見た目の変化等があり、写真を登録しなおす場合は提出してください。

「顔写真」と「全身写真」の2枚を貼ってください。 本人氏名()

4 個人情報の提供及び利用に関する同意

- ①～③は、認知症高齢者等SOSネットワークの登録内容を変更する場合に同意が必要です。
 - ④は、神奈川県・神奈川県警察への事前登録情報の提供を新規または変更する場合に同意が必要です。
 - ⑤は、見守りシール事業を利用または登録内容を変更する場合に同意が必要です。
- ※廃止の届出の場合は、下記の「氏名欄」の記入は不要です。

【同意事項】

- ①この情報を、区役所、地域包括支援センター(地域ケアプラザ)及び区内警察署等の区が定めた情報共有機関、支援者に提供すること。
- ②発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協力機関等に情報提供すること。
- ③転居の有無等の現況確認のため、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。
- ④神奈川県警察に事前登録をする場合、神奈川県及び神奈川県警察に情報提供すること。
- ⑤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(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。

上記、同意事項を確認し、個人情報の提供及び利用に同意します。

氏名