第１号様式（第４条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 野辺地町記入欄 |  |

野辺地町認知症高齢者等安心外出登録事業　登録届

野辺地町長　宛

　野辺地町認知症高齢者安心外出登録事業の登録について、下記の通り申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | （ふりがな）  氏　　名 | （対象者との関係：　　　　　　　） |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |

【登録対象者情報】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | 性　別 | | 男　・　女 |
| 氏　名 |  | | | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 住　所  電話番号 | 野辺地町字  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　　（　　　） | | | | | | |
| オレンジシール配布先 |  | | | | | | |
| 本人の  特徴 | 身長： | | 姿勢： | | | | |
| 体重： | | 体格：　　太め　・ふつう　・やせている | | | | |
| 頭髪： | | | 眼鏡：　あり・なし | | | |
| その他（ほくろや傷あと、ひげ等）： | | | | | | |
| よく行く場所： | | | | | | |
| 過去の行方不明の有無  発見場所等 | 行方不明になったことが　　　　有　　・　　無  有　⇒　その際の発見場所：　　　　　　　　　　　　　　　（　　年　　月頃） | | | | | | |
| かかりつけ  医療機関 | 医療機関名： | | | | | | |
| 病名： | | | | | | |
| 介護保険 | 介護認定：　無・有（認定区分：　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ事業所　　　　　　　　担当者氏名　　　　　　　℡　　　（　　） | | | | | | |
| その他  特記事項 | ※行方不明になった場合に注意してほしいことなどを記載 | | | | | | |
| 連絡先 | ① | 氏名： | | | | 続柄： | |
| 住所： | | | | ℡　　　 （　　 ） | |
| ② | 氏名： | | | | 続柄： | |
| 住所： | | | | ℡　　　 （　　 ） | |
| ③ | 氏名： | | | | 続柄： | |
| 住所： | | | | ℡　　　 （　　 ） | |

**※2名以上の連絡先を、その方の許可を得た上で記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 野辺地町記入欄 |  |

【登録写真（撮影日　　年　　月頃）】※1年以内に撮影した顔写真と全身写真を下記に貼付してください。（大きさの規定なし・持参しても可）

顔写真　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　全身写真

【オレンジシール必要枚数】

**枚**　※オレンジシールは登録者が持っている靴全てに貼付してください。

　　　　　　　 ※オレンジシールがはがれた又は汚れた場合は新しいシールと交換します。

**※登録内容の変更や登録を削除する場合は、変更・廃止届を野辺地町地域包括支援センターへ提出し**

**てください。**

【個人情報の取扱いに関する同意欄】

野辺地町認知症高齢者等安心外出登録事業実施要綱第４条の規定に基づき、情報の登録を申請します。また、本事業の申請に当たり、以下の事項について確認し、個人情報の提供及び利用に同意します。

□この登録書記載の情報を、住民基本台帳情報で確認し、野辺地町地域包括支援センター及び野辺地町介護・福祉課、野辺地警察署、野辺地消防署と情報共有すること。

□行方不明時は連絡先に連絡・相談の上、必要な関係機関に情報提供し捜索すること。

野辺地町長　宛

　　　　　　　年　　月　　日　　　登録者氏名：

代筆者：　　　　　　　登録者との続柄：

　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号：