

様式第1（第5条関係）

安城市見つかるとつながるネットワーク事業登録届（新規・変更）

安城市長

私及び対象者は、安城市見つかるとつながるネットワーク事業実施要綱に基づき、次の事項について同意し、登録を申し出ます。

- 1 安城警察署と業務委託先（担当地域の地域包括支援センター）に登録情報を提供すること。
- 2 徘徊等で捜索が必要になった場合には、安城警察署に行方不明者届を行うこと。また、登録届において希望した情報提供先に市長から情報提供を行うこと。
- 3 対象者が保護された場合は速やかに引き取り、その安全を確認すること。
- 4 市長が対象者の住民情報及び介護保険に関する情報を閲覧すること。

種別	新規・変更	登録番号		届出日	年	月	日	
届出者	ふりがな 氏名	(登録対象者との続柄)						
	住所	*親族以外の場合は、裏面の同意欄の記入が必要 (電話)						
対象者	ふりがな 氏名	男	旧姓					
		女	生年月日		年	月	日	
	住所	(自宅電話 携帯電話)						
	身体的特徴	【身長】	c m	【体重】	k g			
		【体型】	やせ型・普通・小太り・肥満	【姿勢】	普通・猫背・円背			
		【眼鏡】	あり・なし	【頭髪】				
		【その他の特徴】						
	コミュニケーション	【氏名】	言える・言えない	【住所】	言える・言えない			
		【会話】	問題なし・困難	【認知症】	あり・なし			
徘徊歴	なし・あり ( 回位、 頃) 主な発見場所 ( )							
担当地域包括支援センター	要介護度認定 ( 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 ) ・なし							
居宅介護支援事業所等	事業所名 担当者氏名 電話							
かかりつけ医	医療機関名 医師名 電話							

連絡先1	ふりがな 氏名	(登録対象者との続柄 )
	住所	(電話 )
連絡先2	ふりがな 氏名	(登録対象者との続柄 )
	住所	(電話 )
情報提供先 *希望する項目に○を付けてください。		①公共施設、消防署、社会福祉協議会、地域包括支援センター
		②上記①+市内医療福祉関連、町内会、安全・安心メール配信 関連ウェブサイト掲載、ケーブルテレビやFMでの放送等
		③上記①②+近隣市役所への協力依頼
		④制限なし (他県、民間等協力機関への周知)
*添付書類として、対象者本人の写真(最近のもの)を提出してください。写真は返却しません。		

## 個人賠償責任保険 同意欄

※個人賠償責任保険に係る事業の対象者

ネットワーク登録者のうち市内に居住し、住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)に基づき本市の住民基本台帳に記録されている者で、在宅において生活する認知症による徘徊のおそれのある高齢者等

希 望 し ま す	希 望 し ま せ ん
<p>私は、市長が契約する個人賠償責任保険への加入に当たり必要な対象者の個人情報及び保険金の請求に係る事故の状況等に関する情報について、当該保険会社と市長が共有することについて同意します。</p> <p>また、私は、①現時点で同様の保険に加入していないこと及び②保険契約に該当する事故が発生した場合は速やかに市長に事故報告書を提出することを誓約します。</p> <p>※対象者が自署できない場合は、親族又は成年後見人等が氏名を代筆し、代筆者の氏名を記入してください。</p> <p>氏名(自署)</p> <p>代筆者</p> <p>(個人賠償責任保険登録対象者との続柄 )</p>	

## 親族等同意欄

※届出者が親族又は成年後見人等以外の場合は、これらの方のいずれかから同意を得てください。

私は、届出者が本事業を利用すること及び届出人と同様の義務を負うことにつき同意します。				
氏名(自署)	(登録対象者との続柄 )			
住所	電話番号			
市記入欄	1 市内在住宅	2 介護認定	3 自立度	4 チェックリスト
(保険)	適(2) 否(終)	済(3) 未(4)	適(終) 否(4)	済 未