様式第１号

**羽咋市高齢者見守りＳＯＳネットワーク利用登録申請書**

　万一の行方不明時の発見のため、下記の情報を、官公署、地域包括支援センター、

その他協力する関係団体に対して提供することを同意します。（該当するものに○）

・羽咋市内のみ提供希望（行政機関・警察・SOSネットワーク協力団体等）

・羽咋市以外にも広域的に提供希望（行政機関・警察・SOSネットワーク協力団体等）

**申請日：　　　　年　　月　　日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **氏名（ふりがな）** | 　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　） |  |
| **旧姓（ふりがな）** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| **住所** | 羽咋市　　　　　　　　　　　　　　　　　　（実家の住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| **生年月日（年齢）** | 明　・　大　・　昭　　　　　年　　　月　　　日　（　　　　歳） | **性別** | 男　・　女 |  |
| **緊急連絡先** | ①氏名　　　　　　　　　　　 | 続柄 | 住所☎ |
| ②氏名 | 続柄 | 住所☎ |
| **特徴**　※捜索の参考　　となる情報 | 【身長】　　　　　　　　　　ｃｍくらい【体型】　　やせ型　・　中肉　・　太り気味【髪】　　　長髪　・　短髪　　　　黒髪　・　白髪　・　茶髪　・金髪【癖など】 【その他】 |
| **装用品・持ち物** | 【めがね】　　　あり　・　なし　　　（色・形　　　　　　　　　　　　　　　）【その他】 |
| **認知症** | 有　・　無 | **介護保険認定** | 未申請　申請中　要支援（　　）　要介護（　　） |
| **名前**　・ ・ ・　　言える　・　言えない | **住所**　・ ・ ・　　言える　・　言えない |
| **特記事項**※捜索の参考　となる情報 | 行きそうな場所（以前の居住地や好きな場所）、過去の徘徊経歴など外見や行動の特徴 |
| **かかりつけ医** | 医療機関名：　　　　　　医師名：　　　　　　　　　 |
| **担当ケアマネジャー** | 事業所名：　　　　　　　ケアマネジャー名：　　　　　  |

**【申請者】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 　　　　　　　　　　　　　 | **続　　柄** |  |
| **住　　所** |  | **電話番号** | 自宅携帯 |

登録番号：　※※※

様式第１号

登録番号：　※※※

登録者氏名：　※※※

羽咋市高齢者見守りＳＯＳネットワーク利用登録申請書

本人の特徴がわかる写真として、**「全身写真」「顔写真」**の２枚を提出してください

写真は**３か月以内**に撮影したもので、写真の裏に**氏名**と**撮影年月日**をご記入ください。

**「全身写真」**

**「顔写真」**

利用登録申請をされた方へ

　羽咋市高齢者見守りＳＯＳネットワークは、高齢になっても安心して暮らし続けられる地域づくりを目指し、高齢者が行方不明になった場合に早期発見ができるよう地域ぐるみで支援するためのしくみです。

事前登録された協力者や協力団体、「石川県認知症高齢者等SOSネットワーク」に対し、本人の特徴がわかる情報を配信し、日常活動の範囲内で協力を得るものであり、捜索活動を強制するものではありません。

行方不明となった場合には、羽咋警察署（電話22-0110）へ「捜索願」を出された上で、羽咋市地域包括ケア推進室へ配信依頼の連絡をお願いします。また、あわせて地元の町会への捜索協力依頼をお願いします。

また、この事業の利用のほか、日頃から近隣や知人への協力依頼をされておくことをお勧めします。

登録申請書にご記入された情報に変更が生じた場合（転居や死亡、連絡先の変更等）は、下記連絡先へ変更・中止届の提出をお願いいたします。

羽咋市地域包括ケア推進室　電話　22-0202

（閉庁日は羽咋市役所代表電話　22-1111）