

高齢者等 SOS ネットワーク 事業登録申請書

豊後高田市長 様

豊後高田市高齢者等 SOS ネットワーク 事業実施要綱第4条の規定により、高齢者等 SOS ネットワーク 事業の登録をしたいので、下記のとおり申請します。

記

|             |                  |                                |                        |     |      |  |  |
|-------------|------------------|--------------------------------|------------------------|-----|------|--|--|
| 本人の<br>情報   | フリガナ             |                                |                        |     | 性別   |  |  |
|             | 氏名               | (旧姓： )                         |                        |     |      |  |  |
|             | 生年月日             | 年                              | 月                      | 日   | 電話番号 |  |  |
|             | 住所               | 豊後高田市                          |                        |     |      |  |  |
|             | 特徴               | 身長：                            | cm                     | 体重： | kg   |  |  |
|             |                  | 姿勢：                            | 体格： 太っている ・ 普通 ・ やせている |     |      |  |  |
|             |                  | 髪型：                            | 眼鏡：                    |     |      |  |  |
|             |                  | 出身地・前住所・愛称・職業・よく行く場所・よく持ち歩く物など |                        |     |      |  |  |
|             |                  | 保護時の対応で注意してほしいこと、声掛けしてほしい言葉など  |                        |     |      |  |  |
|             | 徘徊経験             | 無 ・ 有 (過去の発見場所： )              |                        |     |      |  |  |
| かかりつけ医      | 医療機関名： (主治医： 先生) |                                |                        |     |      |  |  |
| これまでにかかった病気 |                  |                                |                        |     |      |  |  |
| 介護保険<br>の利用 | 無 ・ 有            | 居宅介護支援事業所名：                    |                        |     |      |  |  |
|             |                  | 担当ケアマネージャー：                    |                        |     |      |  |  |
| 緊急連絡先①      | 氏名：              | 続柄：                            | 電話番号：                  |     |      |  |  |
| 緊急連絡先②      | 氏名：              | 続柄：                            | 電話番号：                  |     |      |  |  |

1. 本人の特徴がわかる写真をご提供ください。
2. この情報は、本事業以外の目的に使用することはありません。

私は、豊後高田市高齢者等 SOS ネットワーク 事業の目的に賛同し、本事業に登録することを希望します。  
 なお、上記の個人情報を、豊後高田市が豊後高田警察署にあらかじめ提供することに同意します。  
 また、検索時に必要な個人情報を協力機関に提供することに同意します。

年 月 日

申請者 住所

氏名

Ⓜ

代理人 住所

氏名

Ⓜ

本人との続柄