

三島市認知症高齢者等見守り登録(変更)申請書

申請日 年 月 日

三島市長 豊岡 武士 あて

申請者

(フリガナ)		対象者	
氏名		との続柄	
住所	〒		
電話番号(自宅)		電話番号 (携帯電話)	

対象者の基本情報

(フリガナ)		(フリガナ)	
氏名		旧姓	
住所	〒		
在宅状況	在宅・自宅以外に居住(実際の居所)		
生年月日	年 月 日	年齢	歳
電話番号		性別	男・女
特徴	身長	体型	やせ型・中肉・太り気味
	頭髪	短髪・長髪 髪の色(黒髪・白髪・茶色・その他)	
	その他		
装用品・持ち物	めがね	なし・あり(レンズの色 フレームの色 特徴)	
	その他		
自分の名前	言える・言えない	自分の住所	言える・言えない
特記事項	過去の徘徊歴		
	行きそうな場所(以前の住所や好きな場所)		
	外見や行動の特徴		
	保護時にしてほしいこと、対応に注意してほしいこと、呼び方等		
外出手段			
所管地域包括支援センター	地域包括支援センター		
かかりつけ医	医療機関名:	氏名:	
担当ケアマネジャー	事業所名:	氏名:	
緊急連絡先 (身元引受人)	①	氏名:	電話番号 (対象者との関係:)
	②	氏名:	電話番号 (対象者との関係:)

(写真を添付)

- ・ 顔が分かる写真 1 枚 (正面・無帽)
- ・ 全身の写真 1 枚

注意：写真は原則直近 1 年以内に撮影したもの

【 同 意 書 】

三島市認知症高齢者等見守り登録事業の利用に当たり、次の事項について同意します。

- 1 対象者が三島市に住民票を有することを確認するために住民基本台帳を閲覧することに同意しますか。 (はい ・ いいえ)
- 2 登録した個人情報を、管轄の警察署及び地域包括支援センターに情報提供することに同意しますか。 (はい ・ いいえ)
- 3 行方不明発生時における協力依頼のため、三島市以外の行政機関に情報提供することに同意しますか。 (はい ・ いいえ)

年 月 日

(記名押印又は署名)

Ⓜ

対象者

(との続柄)

)

※ 個人情報は適切に管理し、三島市認知症高齢者等見守り登録事業及び三島市認知症高齢者等個人賠償責任保険のみに使用します。

【 三島市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入希望 】

◎加入対象者：三島市認知症高齢者等見守り登録事業に登録され、在宅（自宅）で生活している認知症高齢者等

加 入	<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません
同意欄	<p>三島市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業の加入申請に当たり、次の事項について同意します。</p> <ol style="list-style-type: none">1 本保険申請について加入要件・変更申請内容確認のために必要がある住民基本台帳を閲覧すること。2 保険加入に必要な個人情報（氏名・生年月日・住所・連絡先）、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、保険会社と三島市が共有すること。 <p>年 月 日</p> <p>(記名押印又は署名) _____ Ⓜ 対象者 (との続柄) _____)</p>

※市記入欄

見守り登録

在宅（自宅・自宅外）

申請者身分証明

他の賠償責任保険加入