様式第１号（第５条関係）

|  |
| --- |
| 一戸町高齢者等見守りネットワーク事前登録届出書年　　月　　日　（あて先）一戸町長申請者　住所　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　一戸町高齢者等見守りネットワーク事業を利用したいので、一戸町高齢者等見守りネットワーク事業実施要綱第５条の規定により、下記のとおり申請します。記 |
| 対象者 | ふりがな | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| （申請者との関係　　　　　　　） | 血液型 | （　　　　）ＲＨ ＋・－ |
| 住所 |  | 電話番号 | ―　　　― |
| 事業内容 | １　あんしんシール活用事業２　あんしんハローライトプラン活用事業 |
| 対象者の状況 | 下記、該当の状況に○（複数選択可）１ 一人暮らし高齢者等　　２ 身体障害者　　３ 認知症高齢者　　４ その他 |
| 対象者の家族構成 | 氏名　　　　　　　　　　（　　　歳）続柄（　　　　）　同居・別居氏名　　　　　　　　　　（　　　歳）続柄（　　　　）　同居・別居氏名　　　　　　　　　　（　　　歳）続柄（　　　　）　同居・別居 |
| 身体の状況（特徴） | 身長：　　　　ｃｍ、　体重：　　　　ｋｇ、　姿勢：体格：□太りぎみ・□ふつう・□やせぎみ、　眼鏡：□有 ･ □無頭髪：□白髪・□白髪まじり・□(　　　　　)、特記事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 病名 | 医療機関名 | 主治医氏名 | 住所及び電話番号 | 服薬名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 介護保険 | １　要介護（　　　）、　２　要支援（　　　　）、　３　非該当 ・ 未申請担当ケアマネージャー・事業所名　　　　　　（担当者　　　　　　）TEL |
| アレルギー | □無 ･ □有　：食物（　　　　　　）、薬（　　　　　　）、その他（　　　　　　） |
| 身体障害者手帳 | □無 ･ □有　：（　　　　　種　　　　級） |

○ネットワーク事業の利用に関して、下記の事項を認めます。

１　登録情報が一戸町福祉課・地域包括支援センター、警察署及び二戸消防署で管理されること。

２　捜索・保護時などにおいて関係機関等に情報提供すること。

３　登録者の発見時の状態が保護又は医療を要する場合、社会福祉施設又は医療機関に情報提供すること。

４　届出事項に変更が生じたとき、又は事前登録を辞退しようとするときは町長に届け出ること。

|  |
| --- |
| (裏面)緊急連絡先 |
| （　）連絡のみの協力可（　）駆け付け可能 | フリガナ |  | 対象者との関係 |  |
| 氏名 |  | 男・女 | 家の鍵預かり | 有・無 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | ①　自宅 |
| ②　携帯 |
| メールアドレス |  |
| 勤務先 | 勤務先名 | 電話番号 |
| （　）連絡のみの協力可（　）駆け付け可能 | フリガナ |  | 対象者との関係 |  |
| 氏名 |  | 男・女 | 家の鍵預かり | 有・無 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | ③　自宅 |
| ④　携帯 |
| メールアドレス |  |
| 勤務先 | 勤務先名 | 電話番号 |
| （　）連絡のみの協力可（　）駆け付け可能 | フリガナ |  | 対象者との関係 |  |
| 氏名 |  | 男・女 | 家の鍵預かり | 有・無 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | ⑤　自宅 |
| ⑥　携帯 |
| メールアドレス |  |
| 勤務先 | 勤務先名 | 電話番号 |
| ※緊急連絡先には２名以上の記入をお願いします。緊急連絡先に親族又は後見人が含まれない場合には、以下にご記入ください。 |
| 親族（後見人）氏名 | フリガナ | 対象者との関係 |  |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |  |
| あんしんシール・通知文等の送付先／ハローライト設置場所 |
| 氏　　　名（あて先） | フリガナ | 対象者との関係 |  |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |  |
| 注意事項　※保護時の対応に注意すべきことがあればご記入ください。 |
|  |
|  |