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。 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |