様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　**岬町徘徊高齢者等ＳＯＳネットワーク事業登録（変更・抹消）届**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

岬町長あて

　　　　岬町徘徊高齢者等ＳＯＳネットワーク事業実施要綱に基づき、次のとおり事前登録します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 写真貼付欄 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男（旧姓：　　　　）　　　　　　　　　　　女 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　　）　　　－ |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　）電話（　　　　）　　　－ |
| 医療・介護 | かかりつけ医 | 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医電話（　　　　）　　　　－ |
| 介護保険サービス | 利用（事業所名　　　　　　　　　　　　　　　担当者　　　　　　　）・未利用　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　　）　　　　－　 |
| 障害者手帳 | 有（身体障害者手帳　・　療育手帳　・　精神障害者保健福祉手帳）・　無 |
| 障害福祉サービス | 利用（事業所名　　　　　　　　　　　　　　　担当者　　　　　　　）・未利用　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　　）　　　　－　 |
| 身体的特徴 | 特徴 | 身長 | ｃｍ | 姿勢 |  |
| 体重 | ｋｇ | 体格 | 太め　・　普通　・　やせ型 |
| 頭髪 |  | 眼鏡 | 有　・　無　　 |
| 住所氏名 | 言える　・言えない | 備考 |  |
| 変更抹消の場合は理由 |  |

１　本人の特徴が分かる写真を一緒に提出してください。

２　届出事項に変更（特徴、身体状況、転居など）・抹消がある場合は、ご報告をお願いします。

３　事前登録された情報は、ＳＯＳネットワーク以外の目的に使用することはありません。

４　行方不明になった場合は警察署への届出が必要です。

□上記の情報を緊急時に協力機関へ提供することに同意します

□上記の情報を緊急時に岬町高齢者等徘徊SOSメール配信システムの利用に同意します

□上記の情報を事前登録者として警察に情報提供することに同意します

　　　　年　　月　　日　　　　　　　本人氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　 家族氏名　　　　　　　　　　　（本人との関係　　　　）

　　　 住　　所（本人と同居の場合不要）

 連 絡 先

見守りシール登録番号