

## 神石高原町高齢者等SOSネットワーク事前登録書

（ 新規 変更 ）

神石高原町長様

年 月 日

申請者	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	名前	⑩	対象者との 続柄	
	住所			
	電話	自宅	—	—
勤務先		—	—	
携帯		—	—	

私は、次の対象者に係る情報について神石高原町及び福山北警察署油木交番に提供し、対象者が行方不明となった際に神石高原町メール配信サービス等により情報配信されるよう申請します。なお、同意事項についても了承します。

対象者	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	名前		ふりがな			
			旧姓			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日（ 歳）				
	現住所	神石郡神石高原町 番地 (施設等)				
電話	自宅	—	—			
	携帯	—	—			
連絡先	(申請者以外)	①	ふりがな 名前	続柄	電話	
		②	ふりがな 名前	続柄	電話	

【身体的特徴】					
身長	約	cm	体重	約	kg
体型	<input type="checkbox"/> 太め <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やせ型 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
頭髪	（ ）色		<input type="checkbox"/> 長髪	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 短髪 <input type="checkbox"/> （ ）
眼鏡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

かかりつけ 医療機関等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	医療機関名：
	電話番号： — —
	病名：
介護認定等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（要支援1・2, 要介護1・2・3・4・5）
	居宅介護支援事業所：
	電話番号： — —
	担当ケアマネージャー：
認知症の程度	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度
自分の名前が	<input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない
自分の住所が	<input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない
これまでの ひとり歩きの 状況	頻度： <input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 季節毎 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> なし
	範囲： <input type="checkbox"/> 自治振興区内 <input type="checkbox"/> 旧町村内 <input type="checkbox"/> 神石高原町内 <input type="checkbox"/> 他市町（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
【現住所以外の住み慣れた場所やなじみの場所等】	
外出手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ）
車の運転	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
車輛情報	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（例：福山 500 12-34）：
	メーカー名（例・ダイハツ）：
	車種名（例・タント）：
	色（例・白）：
【その他の特徴】※杖を使っている，自転車に乗って外出する等記入してください。	
町のメール配信サービスへの情報提供 SOSネットワーク構成団体や協力者等への情報提供 町の告知放送による情報提供	<input type="checkbox"/> 希望する

以下は同意事項ですので，内容をご確認ください。（※記入は不要です。）

【申請・情報提供について】	
1	福祉課から，申請情報を確認するため，申請者・対象者及び関係者に連絡をとる場合があります。
2	福祉課から，本事業の円滑な運用のため，警察署，消防署，民生委員児童委員協議会，その他の関係機関に情報提供を行う場合があります。
3	申請内容に変更が生じた場合や本事業の利用を必要としなくなった場合は，速やかに変更・廃止の手続きを行ってください。

※対象者の写真（顔・全身）2枚，自宅付近の地図を添付してください。

車を所有されている方は車の写真を添付してください。

「顔」	「全身」
「車」	

(自宅付近の地図のコピーを貼る)