

様式第 1 号 (第 5 関係)

東久留米市認知症高齢者等みまもり事業利用申請書

年 月 日

東久留米市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号
対象者からみた続柄
※代理人等による申請の場合は、対象者との関係

東久留米市認知症高齢者等みまもり事業実施要綱第 5 の規定に基づき、次のとおり申請します。

| | | | | |
|-------------|-----------------|--|----------------------------|--|
| 対象者 | ふりがな | | 電話番号 | |
| | 氏 名 | | | |
| | 住 所 | 東久留米市 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | |
| | 認知症 (若年性認知症含む) | <input type="checkbox"/> 診断あり <input type="checkbox"/> 疑いあり <input type="checkbox"/> 検査中 | | |
| | 自宅に帰れなくなったことがある | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない | | |
| 第一連絡先(介護者等) | ふりがな | | 対象者からみた 続柄 (対象者との関係) | |
| | 氏 名 | | | |
| | 住 所 | 〒 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | | |
| | 電話番号 | ① ② | | |
| 第二連絡先(介護者等) | ふりがな | | 対象者からみた 続柄 (対象者との関係) | |
| | 氏 名 | | | |
| | 住 所 | 〒 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | | |
| | 電話番号 | ① ② | | |

※連絡先は、緊急時に必ず連絡のとれる方を 1 名以上記入してください。

※本申請書への記入をもって情報提供を行うことへの同意と判断しますので、必ず事前に連絡先者の同意を得た上でご記入ください。

【行方不明時の情報発信】

| | | |
|---------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 防災行政無線の利用 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |
| 安心くるメールへの発信 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |
| 東京都行方不明認知症高齢者等情報共有サイトへの掲載 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |

※行方不明時の発見のため、情報発信を希望する場合は、申請内容及び事業の利用状況等を基に「行方不明者捜索依頼」を作成し、関係機関等に情報提供します。

同意書

事業を利用するにあたり、対象者の行方不明時の早期発見及び安全確保を目的として、警察等の関係機関に申請内容に係る個人情報について情報提供を行うこと及び事業の利用状況等について市職員が閲覧することに同意します。

対象者氏名又は法定代理人

申請者氏名
