

高岡市長 あて

〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇  
申請者住所 高岡市〇〇××番地  
申請者氏名 〇〇 〇〇  
対象者との続柄 〇  
電話番号 〇〇 - 〇〇〇〇

以下の事業を利用したいので、高岡市認知症の方及び障がい者支援関係事業利用申請書及び別紙登録シートを提出します。

1 利用を希望する事業（〇を記載してください。）

|   |                         |
|---|-------------------------|
| 〇 | 高岡市認知症 SOS 緊急ダイヤルシステム事業 |
| 〇 | 高岡おでかけあんしんシール交付事業       |
| 〇 | たかおか認知症個人賠償責任保険事業       |

※おでかけあんしんシール交付事業、認知症個人賠償責任保険事業を利用する場合は、SOS 緊急ダイヤルシステム事業の利用が必須です（障がい者の方を除く。）

2 利用者情報等

|                |                                                                                                          |            |                 |                                                   |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|---------------------------------------------------|
| ふりがな           | 〇〇〇〇 〇〇〇                                                                                                 |            | 性別              | <input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女 ・ 申告しない |
| 対象者氏名          | 〇〇 〇〇                                                                                                    |            | 生年月日            | 〇〇年 〇〇月 〇〇日 （ 〇〇歳）                                |
| 住所             | 〒〇〇〇-〇〇〇〇（小学校区:〇〇）<br>高岡市 〇〇 ××番地                                                                        |            | TEL             | 〇〇-〇〇〇〇                                           |
| 介護度            | 要介護（ 1 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ） / 要支援（ 1 ・ 2 ） / 申請中                        |            |                 |                                                   |
| 写真配信希望         | （ <input checked="" type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない ） 希望する場合、正面無帽で6ヶ月以内に撮影したカラー写真を添付 |            |                 |                                                   |
| 協力員<br>（第1連絡先） | 氏名                                                                                                       | △△ △△      | 続柄              | 子                                                 |
|                | 住所                                                                                                       | 高岡市 △△××番地 | メールアドレス<br>（必須） | ***** @ ***.com                                   |
| 協力員<br>（第2連絡先） | 氏名                                                                                                       | □□ □□      | 続柄              | 子の夫                                               |
|                | 住所                                                                                                       | 高岡市 □□××番地 | メールアドレス<br>（必須） | ***** @ ***.ne.jp                                 |
| 協力員<br>（第3連絡先） | 氏名                                                                                                       | ◇◇ ◇◇      | 続柄              | 姪                                                 |
|                | 住所                                                                                                       | 高岡市 ◇◇××番地 | メールアドレス<br>（必須） | ***** @ ***.jp                                    |

備考 対象者が障がい者の方の場合は、介護度及び写真配信希望の欄の記入は不要です。

私は、事業の実施にあたり、管轄の警察署、消防署、地域包括支援センター、障がい福祉サービス事業所及び保険会社等の関係機関に対して、本申請書及び登録シートに記載の個人情報を提供することについて同意します。

〇〇年〇〇月〇〇日

対象者氏名 〇〇 〇〇

申請者氏名 〇〇 〇〇

## 高岡市認知症の方及び障がい者支援関係事業登録シート

|                             |                                                     |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------|
| 記入日      ○○ 年   ○○ 月   ○○ 日 | 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所名<br>■■■事業所<br>担当者氏名<br>■■   ■■ |
| 申請者氏名                       |                                                     |
| 対象者氏名                       |                                                     |

|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 身体的特徴など                                                                                                                                                                       | ① 身長 (   ***   cm)<br>② 体重 (   **   kg)<br>③眼鏡 (   有   ・ <input type="checkbox"/> 無 )<br>④杖 ( <input type="checkbox"/> 有   ・   無   )<br>⑤頭髪 (   黒髪 ・ <input type="checkbox"/> 白髪   ・   白髪まじり   )<br>⑥体型 ( <input type="checkbox"/> やせ   ・   普通   ・   太り気味)<br>⑦意思表示<br>名前 (言える ・ <input type="checkbox"/> 言えない時がある   ・   言えない)<br>住所 (言える ・ 言えない時がある   ・ <input type="checkbox"/> 言えない) |
| ②過去の行方不明歴                                                                                                                                                                       | (   複数回あり   ・ <input type="checkbox"/> あり   ・   なし   )<br>○○年   ○月頃<br>【発見場所】 ××ショッピングセンター                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ③外出しやすい場所・時間帯など                                                                                                                                                                 | 夕方ごろ<br>○○町付近                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| ④既往症    例. ①認知症    ②糖尿病<br>※今までにかかった大きな病気などを入力します。                                                                                                                              | ①認知症<br>②・・・                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ⑤保護時に注意すべきこと<br>※発見した方へのアドバイスになります。症状に対する具体的な対応方法を記入します<br>例・右耳が遠いので、左耳に話しかけてください<br>・「おじいさん」と話しかけると怒りやすくなるので、「先生」と話しかけてください<br>・汗や震えがありましたら、低血糖の可能性があるので、所持している飴をなめるように勧めてください | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ⑥保護対象者のニックネーム<br>※呼ばれて返事をしてもらえる愛称<br>※個人情報保護の観点から、氏名(姓名・フルネーム)での登録は禁止です<br>例「お父さん」「先生」等、ご自宅や職場で呼ばれていた愛称等                                                                        | ※おでかけあんしんシールの申請者のみ記入<br>.....<br>(ひとつのみお書きください。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

SOS 事業は協力員と協力団体に、シール事業は、QR コードを読み取った人に、以下の情報が配信されます。

| 配信項目   | 氏名 | ニックネーム | 性別 | 年齢 | 小学校区 | 身体的特徴 | 写真 | 既往症 | 保護時に注意すべきこと |
|--------|----|--------|----|----|------|-------|----|-----|-------------|
| SOS 事業 | ○  |        | ○  | ○  | ○    | ○     | ○  |     |             |
| シール事業  |    | ○      | ○  |    |      | ○     |    | ○   | ○           |