

年 月 日

(あて先)かすみがうら市長

申請者 住所
氏名
対象者との続柄
連絡先

かすみがうら市認知症高齢者等 SOS ネットワーク 事業事前登録申請書

次のとおり事業を利用したいので申請します。

| | | | | |
|------------------|------------|--------------|----|-----|
| 対象者 (認知症高齢者等) | ふりがな 氏名 | | 性別 | 男・女 |
| | 生年月日 | 年 月 日(歳) | | |
| | 住 所 | 〒 かすみがうら市 | | |
| | 電 話 | | | |
| 対象者情報 | 別紙のとおり | | | |

●上記の事業を受けるに当たり、次の事項について同意します。

- 1 「様式第 1 号(別紙)」の写しを土浦警察署へ提供すること。
- 2 対象者が行方不明となったときには、対象者の情報を警察署、関係自治体及び SOS ネットワーク協力機関に提供すること。
- 3 事前登録申請書の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かすみがうら市に届け出ること。

申請者

●以下のうち、該当するものにチェックを付けてください。

かすみがうら市認知症高齢者 QR コード活用見守り事業を既に利用している。
※ QR コード活用見守り事業を既に利用している方は、SOS ネットワーク事業事前登録原票(別紙)の提出は不要です。

かすみがうら市認知症高齢者 QR コード活用見守り事業の利用を同時に申し込む。
※ QR コード活用見守り事業の利用を同時に申し込む方は、SOS ネットワーク事業事前登録原票(別紙)を提出することで、かすみがうら市認知症高齢者 QR コード活用見守り事業原票の提出を省略することができます。

※ 本人の特徴が分かる「顔写真」と「全身写真」の 2 枚を添付してください。

(別紙)

| | | | |
|-----|---|---|---|
| 登録日 | 年 | 月 | 日 |
|-----|---|---|---|

かすみがうら市認知症高齢者等SOSネットワーク事業事前登録原票

| | | | |
|---------------|--------------|----|-----|
| ふりがな 対象者氏名 | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年 月 日(歳) | | |
| 住所 | 〒 かすみがうら市 | | |
| 電話 | | | |

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 |

緊急連絡先 ※緊急連絡先は2名以上の記入をお願いします。

| | | | | |
|----------|------|------|---------|--|
| 連絡先 ① | ふりがな | | 対象者との関係 | |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | | | |
| | 電話番号 | | | |
| | 勤務先 | 電話番号 | | |
| 連絡先 ② | ふりがな | | 対象者との関係 | |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | | | |
| | 電話番号 | | | |
| | 勤務先 | 電話番号 | | |
| 連絡先 ③ | ふりがな | | 対象者との関係 | |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | | | |
| | 電話番号 | | | |
| | 勤務先 | 電話番号 | | |

本人写真貼付欄

顔写真

全身写真