

檣原市はいかい S O S ネットワーク登録票

年 月 日

（宛先）檣原市長

届出者 住所
氏名 (続柄)
電話番号

檣原市はいかい S O S ネットワークを利用したいので、裏面のとおり登録します。

なお、登録者が行方不明となった時には、市長が協力者に情報提供を行うことについて、次のとおり同意します。

情報提供を希望する範囲		
1. 登録情報の利用範囲		
☐ 登録制度のみ（市役所、警察署、地域包括支援センター及びブランチのみ）		
☐ 登録制度及び鉄道会社への連絡のみ（上記機関及び鉄道会社のみ）		
☐ 登録制度及び檣原市はいかい高齢者等発見協力依頼票及び檣原市はいかい高齢者等発見協力依頼解除票のメール配信（協力者を含む）		
2. 配信メールへの掲載		
① 実名の掲載	☐ 希望する	☐ 希望しない
② 写真の掲載	☐ 希望する	☐ 希望しない

かしはら見守り安心シール	☐ 必要	☐ 不要
--------------	-----------------------------	-----------------------------

同意事項
1 檣原市及び地域包括支援センターが、登録票の情報を確認するため、届出者、登録者又は関係者に連絡を取ること。
2 登録者の搜索に協力し、登録者が保護された場合は、速やかに登録者のもとへ向かい、安全を確認すること。
3 登録票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、速やかに檣原市はいかい S O S ネットワーク登録事項変更（廃止）届を届け出ること。
4 本事業の運営のため、檣原市が警察署、地域包括支援センター等の関係機関に情報提供を求めること。

(裏面)

橿原市はいかいSOSネットワーク登録票

登録者	ふりがな			性別	生年月日	
	氏 名	(旧姓：)		男・女	年 月 日	
	住 所	檀原市				
	電話番号	()	携帯電話	()		
容姿・特徴	身長	cm	体重	kg		
	頭髪			体格	太め・普通・やせ気味	
	出身地			前住所		
	行きつけの場所					
	持ち歩く物					
状況	介護認定	☐ 認定なし ☐ 要支援 1・2 ☐ 要介護 1・2・3・4・5				
		有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
	介護支援専門員	事業所名： (担 当： 様)				
	かかりつけ医	(担当医： 先生)				
	認知症の状態	(氏名、年齢等が言えるかどうか)				
	はいかい歴	年 月 日	状況	発見場所	備考	
	特記事項	(特に留意すべき疾患、保護時に注意してほしいこと)				
① 連絡先	氏名		電話番号	()		
	住所					
② 連絡先	氏名		電話番号	()		
	住所					

- 1 できる限り最近撮影した本人の写真を、顔写真・全身写真の二種類添付してください。
- 2 届出事項に変更・変化が生じた場合は、速やかにご連絡ください。
- 3 登録後は、必要に応じて登録内容の確認・更新を行います。
- 4 登録届は、橿原市はいかいSOSネットワーク事業以外の目的に使用することはありません。

市役所使用欄	担当ブランチ	
--------	--------	--