

--	--

(宛先) 岡崎市長

年 月 日

岡崎市認知症高齢者等事前登録制度及び個人賠償責任保険事業について次のとおり申請します。

フリガナ			電 話	自宅	—	—
申請者氏名 (家族等)	(*) ※申請者本人が署名(手書き)する場合は、押印不要です。			携帯	—	—
本人との関係				その他	—	—
住所	〒 — 名称:					
連絡先①	□ 申請者に同じ □ 以下に記載					
	氏名:	本人との関係:	電話:	—	—	
連絡先②	氏名:		本人との関係:	電話:	—	—
フリガナ			同 居 者	有 ・ 無	家族構成図(主介護者等)	
本人氏名	(旧姓: ) 男・女					
生年月日	年 月 日 ( 歳)					
住所	〒444-		岡崎市 電話 — —			
対象要件 ※①~③のすべてに☑が入ることが登録の要件	① □ 岡崎市の住民基本台帳に登録されている					
	② □ 自ら外出し、行方不明となるおそれがある					
	③ □ <span style="font-size: 2em;">}</span> <span style="font-size: 2em;">[</span> □ (a) 65歳以上で認知機能の低下がある(疾病名: ) □ (b) 40~64歳で医師による認知症の診断を受けている ※介護認定の主治医意見書に記載あり(提出不要)、ない場合は医師の診断書の写し等の提出 □ (c) 療育手帳の交付を受けている □ (d) 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている □ (e) 児童通所支援受給者証の交付を受けている					
	行方不明の状況	時期	状況、発見場所			
特 徴	身長:	cm	体重:	kg	体型: 太め ・ 普通 ・ やせ気味	
	姿勢:			頭髮:		
	眼鏡:	有・無	持ち物:			
	特記事項: ※愛称・出身地・前住所・よく行く場所・職業等					
注意事項	※保護時にしてほしいこと・対応に注意してほしいこと等					
担当ケアマネジャー	事業所名:		担当 電話 — —			
かかりつけ医療機関	医療機関名:		主治医 電話 — —			

様式第1号

個人賠償責任 保険への加入	<input type="checkbox"/> 加入する ・ <input type="checkbox"/> 加入しない ※ 加入要件 → <input type="checkbox"/> 同様の個人賠償責任保険に加入していない								
※要介護認定 を受けている 場合は記載	介護保険被保険者番号								
	要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) ・ <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日							

同意 事項	1 岡崎市認知症高齢者等見守りネットワーク事業について、住民基本台帳及び介護認定の主治医意見書、障害者手帳情報を始め、加入要件・変更内容確認のために必要な情報を、岡崎市が閲覧すること。 2 岡崎市認知症高齢者等見守りネットワーク事業実施要綱に基づき、登録した情報を、岡崎市、警察署及び地域包括支援センター等で共有すること。 3 行方不明時、警察への届出を自ら行い、おかえりメールによる見守り協力員への情報提供について承諾すること。	同意する <input type="checkbox"/> ※同意がないとネットワークへの登録はできません
	4 岡崎市認知症高齢者等見守りネットワーク事業に登録した内容について、担当地域包括支援センターでの地域支援者（医師、民生委員、介護サービス事業者等）による地域ケア会議等で情報共有することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※表面对象要件の③-(a)・(b)に該当する場合のみ
	5 個人賠償責任保険加入について、住民基本台帳及び介護保険のサービス利用状況等を始め、加入要件・変更内容確認のために必要な情報を、岡崎市が閲覧すること。 6 個人賠償責任保険加入に必要な個人情報（氏名・性別・生年月日・住所・連絡先）、保険金請求に係る事故の状況等に関する情報について、保険会社と岡崎市が共有すること。 7 事故が起き、損害請求された場合、速やかに岡崎市に事故報告書を提出すること。	同意する <input type="checkbox"/> ※同意がないと個人賠償責任保険の加入はできません

※この情報は、岡崎市認知症高齢者等見守りネットワーク事業以外の目的には使用することはありません。

写真 (横長の写真でも可)

全身	年 月 日撮影	上半身	年 月 日撮影

(裏面)