

岡崎市認知症高齢者等見守りネットワーク事業（変更・廃止）届

--	--

(宛先) 岡崎市長

年 月 日

以下のとおり岡崎市認知症高齢者等見守りネットワーク事業の（変更・廃止）をしたいので届出します。

（廃止のときは▼のみを、変更のときはすべての項目を記入してください。）

フリガナ▼				電話▼	自宅	-	-
申請者氏名▼ (家族等)	(※) ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。				携帯	-	-
本人との関係▼					その他 ()	-	-
住 所▼	〒 -						
変更・廃止の理由▼	【変更理由】 ☐ 登録内容の変更 ☐ 個人賠償責任保険へ加入 (必ず【裏面】の要件・同意欄に記入してください。) ☐ その他 ()						
	【廃止理由】 ☐ 死亡 ☐ 転出 ☐ 一人で外出し、行方不明となるおそれなくなったため ☐ その他 ()						
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 - -						
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 - -		

個人賠償責任保険関係（新たに保険に加入する場合のみ記入してください。）

対象 要件	同様の個人賠償責任保険に自身で加入していない	☐ 該当する ※ ☒がないと保険 加入できません
同意 事項	1 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。 2 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。 3 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 ※ ☒がないと保険 加入できません

※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。