様式第1号

記　入　例

宛先　男鹿市長

「地域で見守る！早期発見ネットワーク」事前登録届

男鹿市「地域で見守る！早期発見ネットワーク」事業実施要綱第4条の規定に基づき、次のとおり事前登録の申し出をします。

家族や後見人等が申請できます。

なお、行方不明発生時には、市が、警察署に登録情報の提供を行うこと、また、ＳＯＳ依頼（様式第7号）ならびにＳＯＳ解除（様式第8号）により協力機関に情報提供を行うことに同意します。

　**□□**年　**□□**月　**□□**日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届 出 者： | 氏名　**男鹿　次郎**　㊞ | 続柄　**次男** |
| (同意者)　 | 住所　〒**□□□-□□□□****○○○○○○○○○** | 電話番号　**□□□□-□□-□□□□**携帯電話　**□□□-□□□□-□□□□** |
| **本人の状況** |
| ふりがな氏　　名 | **お　が　　たろう** | 性　　別 | 　男　　　女 |
| **男　鹿　　太　郎** | 生年月日 | 大正　　昭和**□□**年　**□□**月　**□□**日 |
| 住　　所 | 〒010-**□□□□**　男鹿市**○○○○○○○○○○○○** | 電話番号 | 固定**□□□□-□□-□□□□**携帯**□□□-□□□□-□□□□** |
| 世帯構成 | □ひとり暮らし　□高齢者のみ世帯　□その他　日中独居**（家族が仕事で不在になるため）** |
| 世 帯 員 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 |
| **男鹿　次郎** | **次男** | **S□□. □□. □□** | **男鹿　幸子** | **次男の子** | **H□□. □□. □□** |
| **男鹿　花子** | **次男の妻** | **S□□. □□. □□** |  |  |  |
| 要介護度 | □なしあり（要支援 　要介護**２**）認定期間　**□□**. **□□**. **□□**～　**□□**. **□□**. **□□**□申請中 |
| 介護ｻｰﾋﾞｽ | □利用なし　利用あり　　介護支援専門員（　**○○○　○○○**　　） |
| 主 治 医 | 医師名：**○○○　○○○**　医療機関名：**○○○病院**　　　電話番号：**□□□□-□□-□□□□**疾病等：**アルツハイマー型認知症、糖尿病** |
| 緊急時に連絡が取りやすい携帯電話等をご記入ください。**緊急時の連絡先** |
| ①氏名　**○○　○○**　続柄　**次男**　住所 | 〒**□□□-□□□□****○○○○○○○○○** | 電話番号**□□□-□□□□-□□□□** |
| ②氏名　**○○　○○**　続柄　**長女**　住所 | 〒**□□□-□□□□****○○○○○○○○○**本人の表情や特徴等がわかる写真を２種類1枚ずつ、提出してください。準備できない場合は、地域包括支援センター職員が撮影しますので、ご相談ください。 | 電話番号**△△△-△△△△-△△△△** |
| ③氏名　**○○　○○**　続柄　**弟**　住所 | 〒**□□□-□□□□****○○○○○○○○○** | 電話番号**△△△-△△△△-△△△△** |

１　本人の特徴がわかる写真を２枚程度、添付してください

２　届出事項に変更があった場合（転居、死亡、寝たきり等）は、変更届（様式第4号）を提出してください

３　上記情報は、本事業以外の目的に使用することはありません

様式第1号

宛先　男鹿市長

「地域で見守る！早期発見ネットワーク」事前登録届

男鹿市「地域で見守る！早期発見ネットワーク」事業実施要綱第4条の規定に基づき、次のとおり事前登録の申し出をします。

なお、行方不明発生時には、市が、警察署に登録情報の提供を行うこと、また、ＳＯＳ依頼（様式第7号）ならびにＳＯＳ解除（様式第8号）により協力機関に情報提供を行うことに同意します。

　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届 出 者： | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | 続柄　　　　　 |
| (同意者)　 | 住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 電話番号　　　　－　　　　－　　　　携帯電話　　　　－　　　　－　　　　 |
| **本人の状況** |
| ふりがな氏　　名 |  | 性　　別 | 　男　　　女 |
|  | 生年月日 | 大正　　昭和年 　　月 　日 |
| 住　　所 | 〒010-　　　　男鹿市 | 電話番号 | 固定携帯 |
| 世帯構成 | □ひとり暮らし　□高齢者のみ世帯　□その他　□日中独居　（　　　　　　　　　　　　） |
| 世 帯 員 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 要介護度 | □なし　□あり（要支援 　 要介護 ）認定期間　　. 　.　 ～　　. 　.　 　□申請中 |
| 介護ｻｰﾋﾞｽ | □利用なし　□利用あり　　介護支援専門員（　　　　　　　　　　　　　） |
| 主 治 医 | 医師名：　　　　　　　　　医療機関名：　　　　　　　　　　　電話番号：疾病等： |
| **緊急時の連絡先** |
| ①氏名　　　　　 　　　続柄　　　　住所 | 〒 | 電話番号 |
| ②氏名　　　　　 　　　続柄　　　　住所 | 〒 | 電話番号 |
| ③氏名　　　　 　　　　続柄　　　　住所 | 〒 | 電話番号 |

１　本人の特徴がわかる写真を２枚程度、添付してください

２　届出事項に変更があった場合（転居、死亡、寝たきり等）は、変更届（様式第4号）を提出してください

３　上記情報は、本事業以外の目的に使用することはありません