様式第2号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録番号（受付先にて記入） | 　　　　― |  |

行方不明高齢者事前登録（ 変更 ・ 解除 ）届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　　　名 | 　　　　　　　　　　　　 | 続柄 |  |
| 住　　　　　所 |  |
| 電話番号（自宅） |  | 電話番号（携帯） |  |

**対象者** の基本情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　　　　　　　　　　　　　　 　 | 名前の呼び方※自宅や職場で呼ばれていた愛称等（例：先生、ふくいさん） |  |
| 氏　　　　　名 |  |  |
| 住　　　　　所 |  |
| 電話番号 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生　年　月　日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 | 年齢 | 　　　　　　歳 |
| 特　　　　　徴 | 身長 | cm | 体型 | やせ型・中肉・太り気味 |
| 髪 | 長髪・短髪　　　　　　黒髪・白髪・茶髪・金髪 |
| めがね | あり・なし（色や形：　　　　　　　　　　） |
| その他※よく身につけるもの等の特徴を詳しく記入してください。 |  |
| 名　　　　　前 | 言える・言えない | 住　　　所 | 言える・言えない |
| 特　記　事　項 | 既往歴　 |
| 過去の保護歴や行きそうな場所（以前の居住地や好きな場所） |
| 外見や行動の特徴 |
| 保護時にして欲しいこと、対応に注意して欲しいことなど |
| かかりつけ医 | 医療機関名：　　　　　　　　　医師名： |
| 担当ケアマネジャー | 事業所名：　　　　　　　　　　ケアマネジャー名： |
| 発見通知メールアドレス※二次元コードスキャン時に通知を受けるメールアドレスとなります。 | **必須**:１件目（家族またはＣＭ） |  　＠ |
| 任意:２件目（家族またはＣＭ） |  ＠ |
| 任意:３件目（家族またはＣＭ） |  ＠ |
| **必須**:福井市内警察署 | 管轄の警察署にも発見通知メールが送信されます。 |

写真

**（顔正面）**



※写真は原則直近１年内に撮影したもの

写真

**（全身）**



※写真は原則直近１年内に撮影したもの

福井市行方不明高齢者の事前登録をするにあたり、次の事項に同意します。

１　事前登録した個人情報を、管轄の警察署、地域包括支援センター及び地区を担当する民生児童委員に対し、提供することに同意しますか。

（　　はい　　・　　いいえ　　）

２　行方不明発生時において、見守りネットワーク協力事業者および市外へ情報提供することに同意しますか。

（　　はい　　・　　いいえ　　）

３　配付する「認知症高齢者見守りシール」の二次元コードを読み取った者へ、名前の呼び方、性別、既往歴、外見や行動の特徴、過去の徘徊経歴や行きそうな場所、保護時にして欲しいこと、対応に注意して欲しいことの情報が提供されることに同意しますか。

（　　はい　　・　　いいえ　　）

令和　　　年　　　月　　　日

本人署名

〔 代 理　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）　　　　　　 〕