

担当	次長	次長	課長補佐	主幹	課長	副局長	副局長	事務局長

福山市認知症ひとり歩きSOSネットワーク事前登録書

登録No.

(新規 継続 変更)

年(令和 年)月 日

福山市社会福祉協議会 会長 様

申請者	ふりがな			対象者との続柄		
	名前					
	住所	〒	—		県	市
連絡先	()	—			

以下及び裏面の事項に同意のうえ申請します。

対象者	※下記保険加入は要介護認定があり、要支援1以上の方が加入対象となります。 福山市認知症高齢者等個人賠償責任保険へ <input type="checkbox"/> 加入する <input type="checkbox"/> 加入しない					
	ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	名前				ふりがな	
	旧姓					
	生年月日	□大正 □昭和 □平成 □西暦	年 月 日 (歳)			
	住所	広島県福山市 _____ 町 _____				
連絡先	()	—	—		
身体的特徴	身長	約 cm • 体重 : kg				
	体格	□肥	□小肥	□中肉	□やせ	□()
	頭髪	()色	□長髪	□普通	□短髪	□()
	眼鏡	□有	□無			
【その他の特徴】※杖を使っている、自転車に乗って外出する等を記入してください。						
【現住所以外の住み慣れた場所やなじみの場所等】						
自分の名前・住所を		□言える	□言えない	バス等の利用を	□できる	□できない
認知症の程度		□軽	□中	□重		
介護認定等	□有 □無					
	□有 (要支援1・2, 要介護1・2・3・4・5) □無					
	居宅介護支援事業所名					
	連絡先 () — —					
担当ケアマネージャー名						

以下は同意事項ですので、内容をご確認ください。(※記入は不要です。)

【申請・情報提供について】	
1	福山市社会福祉協議会が、申請情報を確認するため、申請者、対象者及び関係者に連絡をとる場合があります。
2	福山市社会福祉協議会が、本事業の円滑な運用のため、警察署、民生委員・児童委員協議会、その他関係機関に、情報提供を行う場合があります。
3	申請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、速やかに福山市社会福祉協議会で、変更・廃止の手続きを行うこととなります。
4	事前登録申請書は、届出のあった日の属する年度を含め3ヶ年度保管するものとし、その後も引き続き登録を希望する場合は、改めて申請手続きを行うこととなります。
5	行方不明となった場合には、市社協LINE配信サービス・エフエムふくやま・地域包括支援センターに情報提供を行い情報のLINE配信・ラジオ放送を行います。
6	認知症高齢者等個人賠償責任保険へ加入した場合、対象者ならびに申請者に保険料負担は発生しません。
【行方不明発生時について】	
1	行方不明となった際には、警察署へ行方不明者届を提出してください。
2	「LINE配信サービス」配信時間は、日・祝・年末年始を除く8:30~17:15までです。
3	「エフエムふくやま」放送時間は、月曜日から金曜日の8:30~17:15までです。
4	対象者が保護された場合は、速やかに警察に連絡してください。

※対象者の写真（顔・全身）2枚を添付してください。

「顔」	全身
-----	----