

年 月 日

都城市長 宛て

申請者 氏 名

(代表者) 住 所

電話番号

続柄

都城市認知症高齢者等見守りシール交付事業利用申請書

都城市認知症高齢者等見守りシ
 請します。

裏面の第1～3連絡先の中から代表者名を記入。
 書類提出はケアマネ等、代理でも可能とする。
 シール交付は市介護保険課で行うため、代表者は
 窓口に来庁できる人が望ましい。

1 対象者の状況

対象者の基本情報	ふりがな		
	氏 名		
	住 所	都城市	
	世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居 ※ 同居親族： <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()	
	担当 介護支援 専門員	事業所名 []	
		氏 名 []	
	認知症の 診断の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	有の場合	病院名 []	診断時期 [] 頃 []
徘徊行動の状況について（あてはまるものすべてに☑をつけてください）			
<input type="checkbox"/> 徘徊行動の回数が増加している。（ここ6ヶ月で 回）			
<input type="checkbox"/> 徘徊行動により、事故等のおそれが高い。			
<input type="checkbox"/> 徘徊行動により、地域外から出て行くおそれが高い。			
【備考】 ※ 自転車・バス等を利用する場合は記入して下さい。			

< 裏面へ >

< 裏面 >

2 連絡先の情報

第1連絡先	ふりがな			対象者の近隣に居住し、対応が早急にできる順に記入してください。
	氏名			
	住所			
	連絡先	電話		
Eメール				
第2連絡先	ふりがな			連絡先には、必ず連絡が取れるEメールアドレスを記入してください。
	氏名			
	住所			
	連絡先	電話		
Eメール				

3. 情報提供等の同意

事業を利用するにあたり、申請内容に係る個人情報を対象者の早期発見及び事故の未然防止のために、他の関係機関へ提供することに同意します。また、市職員が事業の利用状況等について、閲覧することについても同意します。

発見時の対応をスムーズにするため、警察や消防などに関係機関に名簿を提出します。申請者が市外の場合は、近隣市町村に居住の確認を行うこともあります。

申請者（代表者）氏名	
第1連絡先者 氏名 (申請者と同じ場合は記入不要)	
第2連絡先者 氏名 (申請者と同じ場合は記入不要)	
第3連絡先者 氏名 (申請者と同じ場合は記入不要)	

※本人による署名でない場合は、押印が必要です

第1～第3連絡先者に必ず同意を得てください。
連絡先者の署名でない場合は、必ず**押印**が必要です。

どこシル伝言板登録シート

左側の例のように記入してください。
 個人情報が特定されるような情報は、記入しないでください。

記入日： 年 月 日

①保護対象者のニックネーム ※呼ばれて返事をしてもらえる愛称 ※個人情報保護の観点から、氏名（姓名・フルネーム）での登録は禁止です。 例：「お父さん」「先生」等、ご自宅や職場で呼ばれていた愛称など	
②生年月日（年月まで）	西暦 年 月
③性別	男 ・ 女
④身体的特徴 ※身長や体形、眼鏡の有無、よく身に着けるものなど、できるだけ詳しく記入してください。 例：①身長 150 cm、②中肉中背、③眼鏡使用 など	<div style="border: 1px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> 医療依存度が高い順に記入してください。 </div>
⑤既往歴 例①認知症、②糖尿病 ※今までかかった大きな病気などを記入してください。	
⑥保護時に注意すべきこと ※発見した方へのアドバイスになります。症状に対する具体的な対応方法を記入してください。 例・右耳遠いので、左耳に話しかけて下さい。 ・「おじいさん」と話しかけると怒るので「先生」と話しかけてください。 ・汗や震えがありましたら、低血糖の可能性があるので所持している飴をなめるように勧めてください。	<div style="border: 1px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> 必ず連絡が取れる E メールアドレスを記入してください。 </div>
⑦発見通知メールアドレス ※発見時に通知を受けるメールアドレスです。迎えに行くことが可能な方を3件まで登録できます（例：主介護者、ご家族、介護支援専門員等）	@ @ @

※発見通知メールアドレスは、発見者側には表示されません。