

可児市認知症高齢者等見守りシール事業利用申請書兼同意書

(宛先) 可児市長

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

電話番号

(対象者との関係)

可児市認知症高齢者等見守りシール事業を利用したいので、申請します。

対象者	ふりがな		生年 月 日	年 月 日 (歳)
	氏 名			
	住 所	〒 可児市	電話番号	
			血液型	() 型 RH ()
団体日常生活賠償保険（○をつける）		加入します	加入しません	

<同意事項> 記載事項を確認の上、同意する場合は□欄にチェックをすること。

- ☐ 1 申請について加入要件内容の確認のために、住民基本台帳の情報を市が確認すること。
- ☐ 2 事業の実施にあたり、対象者及び緊急連絡先に登録する利用者の情報について、市が契約した見守りシール交付事業受託者及びその他の関係機関に提供すること。
- ☐ 3 対象者が行方不明になったときは、介護者は捜索に協力し、対象者が保護されたときは、速やかに対象者の安全を確保するよう努めること。
- ☐ 4 見守りシールは、早期発見及び保護を確約するものではないこと。
- ☐ 5 本申請の内容に変更が生じたとき、対象者が死亡、市外転出又は施設入所したとき、その他本事業の利用を辞退するときは、速やかに可児市へ届け出ること。
- ☐ 6 見守りシールを本事業の利用目的以外で使用、譲渡、販売及び改ざんをしないこと。
- ☐ 7 事業適用期間終了前に可児市から更新の希望等を照会する通知があるため、これに回答すること。
- (以下、保険事業に加入する場合)
- ☐ 8 保険の加入に必要な対象者の個人情報（氏名、住所、生年月日、年齢及び電話番号）を、可児市が保険会社に提供すること。
- ☐ 9 可児市と契約した保険会社が定める約款及び特約条項等で免責とされる事故については補償の対象とされない場合があること。

可児市認知症高齢者等見守りシール事業の利用に当たり、上記の事項に同意します。

また、緊急連絡先に登録する利用者には、事業の申請（市が契約した受託者及びその他の関係機関への情報提供含む）について同意を得ました。

年 月 日

(宛先) 可児市長

対象者氏名 _____ 申請者署名 _____ 対象者との続柄()

＜緊急連絡先等＞

利用 者 ※2名以上ご記入ください。	第1 連絡先	ふりがな			対象者 との関係		
		氏 名					
		住 所					
		電話番号	自宅		携帯		
			その他（勤務先等）				
	第2 連絡先	ふりがな			対象者 との関係		
		氏 名					
		住 所					
		電話番号	自宅		携帯		
			その他（勤務先等）				
	第3 連絡先	ふりがな			対象者 との関係		
		氏 名					
		住 所					
		電話番号	自宅		携帯		
			その他（勤務先等）				
発見者をお願い したいこと							

＜対象者情報＞※委託業者に情報提供しない項目です。

介護認定	☐ 未申請 ☐ 申請中 要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
	担当ケアマネジャー 氏名
	事業所名 電話番号
障害者手帳	☐ 無 ☐ 有 手帳 級
行方不明歴	☐ 無 ☐ 有 回 発見場所（ 最終発生日 年 月 日）
認知症の症状	自分の名前を言えますか。 ☐ 言える ☐ 言えない 自分の住所を言えますか。 ☐ 言える ☐ 言えない
特記事項	その他（姿勢、よく行く場所、持ち歩くもの、対応に注意してほしいことなど）