

尼崎市:認知症みんなで支えるSOSネットワーク事前登録票 兼 認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

注意事項: 毎年1回重要書類等送付先の方にお送りする事前登録継続意向確認書に対して、3年連続でご返信がない場合、登録継続意向なしと判断し、尼崎市が認知症みんなで支えるSOSネットワーク及び認知症高齢者等個人賠償責任保険の登録取消し手続きを行います。

【本人情報】		登録番号	尼 -		登録日(時点)	令和 年 月 日	
(ふりがな)					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
氏名					(ふりがな)		
					旧姓		
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 () 歳 ※登録時						
住所	〒 -	兵庫県尼崎市					
	マンション・施設名等 号室						
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居・ <input type="checkbox"/> 同居 (同居人の続柄:)						
身体的特徴等	身長・体重	cm	kg	頭髪 (特徴・色等)			
	体型	<input type="checkbox"/> 太目 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やせ型		めがね	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	面型 (○をつける)	△・▽・○・□・○		その他			
行動等の特徴	話し方の特徴 (なまり等)	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	歩行	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖歩行		
	名前を	<input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない	住所を	<input type="checkbox"/> 言える	<input type="checkbox"/> 言えない		
	移動手段 (歩行、バス等)			その他			
立ち寄る可能性があるところ (具体的に)	※○○スーパー ○○店 (具体的な店舗名や場所を記載してください。)						
過去の行方不明の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合その時期と経緯や発見された場所・警察への通報の有無を記載してください。)						
	時期	年 月 曜	経緯 など				
その他 (GPS機器・携帯電話の所持等)	通報	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	携帯電話	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合	電話番号:			
GPS機器	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		契約者名:	電話会社:			
介護保険被保険者番号 (10桁)							
要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 事業対象者	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 〃2		
	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 〃2	<input type="checkbox"/> 〃3	<input type="checkbox"/> 〃4	<input type="checkbox"/> 〃5		
	申請中 ⇒ 申請者 ()		本人との続柄 ()				
担当ケアマネ	【事業所名】						
	【連絡先Tel】	【担当者名】					
【希望する行方不明時の発見協力依頼先】※広域的な発見協力依頼の発信については、ご相談させていただきます。							
尼崎市で発見協力依頼する団体	<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 一部(市・警察等の公的機関)						
広域的な発見協力を要す場合の依頼先	<input type="checkbox"/> 依頼しない <input type="checkbox"/> 兵庫県下 <input type="checkbox"/> 近畿 <input type="checkbox"/> 全国						

1 届出事項に変更がある場合(特徴、身体状況、転居など)は、ご報告をお願いします。

2 この情報は、SOSネットワークおよび尼崎市認知症高齢者等個人賠償責任保険以外の目的に使用することはありません。

*受付者記入欄

担当地域 包括支援センター名	「」地域包括支援センター	住所地の 所管警察署	<input type="checkbox"/> 尼崎南警察 <input type="checkbox"/> 尼崎東警察 <input type="checkbox"/> 尼崎北警察
-------------------	--------------	---------------	--

【家族等 緊急連絡先】(緊急時の連絡先を必ずご記入ください)

連絡先 ①	(ふりがな) 氏名			本人との続柄	
	自宅住所 (または勤務先住所)	(〒)			
	電話番号	(1)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先		()
	(2)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先	()		
連絡先 ②	(ふりがな) 氏名			本人との続柄	
	自宅住所 (または勤務先住所)	(〒)			
	電話番号	(1)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先		()
	(2)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先	()		

【重要書類等送付先】(本事業に係る重要書類の送付先を必ずご記入ください)

重要書類等 送付先	<input type="checkbox"/> 連絡先①に送付する
	<input type="checkbox"/> 連絡先②に送付する

※ 家族等 緊急連絡先や重要書類等送付先については事前登録者ご本人の意向を尊重の上、記入ください。

【尼崎市認知症高齢者等個人賠償責任保険について】(加入希望の有無を必ずご記入ください)

加入希望	<input type="checkbox"/> 加入を希望する	<input type="checkbox"/> 加入を希望しない、加入要件に該当しない
	・尼崎市に住民登録がありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	・現在、在宅で生活をしていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (施設等名称:)

※ 尼崎市認知症高齢者等個人賠償責任保険の加入には要件があります。詳細は制度案内をご確認ください。

【認知症事業に関するお知らせについて】

お知らせ希望	尼崎市の認知症事業をメール等でお知らせする場合があります。お知らせを希望する場合は課の共通メール(ama-koureikaigo@city.amagasaki.hyogo.jp)から送信しますので受信できるように設定お願いします。 (お知らせの例:認知症に関する講座やボランティアによる認知症の方への支援等の案内)
	<input type="checkbox"/> 希望する (メールアドレス _____ @ _____)
	<input type="checkbox"/> 希望しない

※ モデル事業等、公募していない事業もご案内します。

【情報提供意思確認】

本事業の加入申請にあたり、以下の事項について同意します。

1. 事前登録票の写しを尼崎市、警察、地域包括支援センターに提供すること
2. 行方不明になった時に、事前登録票をもとに別紙「発見協力依頼票」を作成し、希望する尼崎市認知症みんなで支えるSOSネットワーク協力機関へ情報発信すること
3. 事前登録時に希望している発見協力依頼先の他市町村、他都道府県等への発見協力依頼をすること
4. 尼崎市認知症高齢者等個人賠償責任保険への加入を希望している場合は、加入及び更新要件等の確認のため、尼崎市が住民基本台帳及び介護保険情報を確認すること
5. 保険加入に必要な個人情報(氏名・性別・生年月日・住所・重要書類等送付先等)、保険金の請求に係る事故の状況等に関する情報について、保険会社、尼崎市、尼崎市地域包括支援センターが共有すること

尼崎市長様

本人氏名: _____

年 月 日

記入者:

本人との続柄:

電話番号:

【写真】

撮影時期: 年 月

【顔写真】
(直近のもの)

※写真の向きは縦・横どちらでも構いません

(谷折り)

撮影時期: 年 月

【全身写真】
(直近のもの)

※写真の向きは縦・横どちらでも構いません

※写真の更新を希望しない場合は新たに写真を貼付いただく必要はございません。

(山折り)

(例)



- ①無帽、正面で顔がよくわかるものを
(おおむね胸から上)貼付してください。
- ②画像に傷、汚れがなく鮮明で個人識別
ができるものを貼付してください。



- ①無帽、正面で全身が映っているものを
貼付してください。
- ②画像に傷、汚れがなく鮮明で個人識別が
できるものを貼付してください。
- ③杖・自転車など、移動時に使用する物が
写っていると、なお良いです。