様式第１号（第５条関係）

令和　　年　　月　　日

（あて先）宇都宮市長

宇都宮市認知症高齢者地域生活安心サポート事業　登録申請書（本人登録用）

|  |  |
| --- | --- |
| 希望する内容 | □ 認知症見守りグッズ □ オレンジセーフティネット（捜索支援アプリ） |
|  |
| 申　請　者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 利用者との続柄 |  |
| 氏　名 |  |
| 住 所 | 〒　 　－ 　　宇都宮市 | 連絡先 | (携帯)－　　　　－(メールアドレス) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利 用 者（本 人） | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | （西暦）　 年　 月 　日  | 介護保険の要介護・要支援認定 | 有 ・ 無 |
| 住 所 | 〒　　 － 　　宇都宮市 | Tel | (自宅)－　　　　－(携帯)－　　　－ |

① 認知症見守りグッズを希望する方は下表からグッズを２種類お選びください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 見守りグッズ | □ ステッカー | □ アイロンプリントシール | 　□ キーホルダー |
| □ お守り型巾着袋 | □ カードケース |  |

② オレンジセーフティネットへの登録を希望する方は下表を記載ください。

　※ 登録を希望する場合は，申請者のメールアドレスの記載が必須項目となります。

**裏面の同意書をご記入ください　　⇒裏面へ**

|  |  |
| --- | --- |
| ニックネーム（呼び名） | ※本アプリによるＳＯＳ発信時に，アプリ上に表示される利用者の名前※ニックネームの希望がない場合は上記利用者の氏名を表示します。 |
| 身体の状況 | 身　長 | ｃｍ | 体　重 | 　　　　　　　　　ｋｇ |
| 眼　鏡 | 有　・　無 | ヒ ゲ | 有　・　無 |
| 名前を言える | はい　・　いいえ | 住所を言える | はい　・　いいえ |
| 年齢を言える | はい　・　いいえ | その他 |  |
| 特記事項※ 徘徊歴や行動の特徴， 普段よく行く外出先等 あれば記載して下さい。 |  |
| ●「認知症事故救済事業」への加入も希望する方は，□に✔をしてください。 |
| 　□「認知症事故救済事業」への加入を希望します。 |

# 同意書

 （あて先）宇都宮市長

 令和　　年 　月 　日

# ＜申請者＞

住所

氏名

利用者との続柄

地域安心サポート事業の登録利用にあたり、次の事項について同意します。

記

1. 市が地域安心サポート事業の対象者として登録した事項を，必要に応じ，地域包括支援センターや警察・消防などの関係機関に対して情報提供を行う場合があること。
2. 本事業の利用を必要としなくなった場合は，速やかに市へ届け出ること。
3. 利用者が行方不明となった場合，申請者または家族等は速やかに管轄の警察署に届出すること。また、捜索には、積極的な参加・協力を行い、行方不明者が発見された場合は、速やかに引き取り、身体状況を確認すること。

1. オレンジセーフティネットの利用に際して，利用者の行方不明時に事故等が起こった場合であっても，市及び捜索協力者は一切の責任を負わないこと。