

（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	☐ ①認知症見守りグッズ ☐ ②オレンジセーフティネット（検索支援アプリ）
--------	--

申請者	フリガナ 氏 名		利用者 との続柄	
	住 所	〒 ー 宇都宮市	連絡先	(携帯) ー ー

利用者 (本人)	フリガナ 氏 名		性 別	男 ・ 女	
	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	〒 ー 宇都宮市	Tel	(自宅) (携帯)	ー ー ー ー

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。

メールアドレス（必須）		@		
ニックネーム（申請者）		※本アプリによるSOS発信時に、アプリ上に表示される申請者の名前		
ニックネーム（本人の呼び名）		※希望がない場合、上記利用者氏名が検索時の本人の呼び名になります		
身体 の 状況	身 長	c m	体 重	k g
	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		※ 行方不明歴や行動の特徴、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。

裏面の同意書をご記入ください ⇒裏面へ

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。
- 4 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。