様式第４号（第５条関係）

小浜市高齢者および障がい者徘徊SOSネットワーク事前登録書

　万一行方不明時の発見のため、下記の情報を、福井県健康福祉部長寿福祉課、福井県警察本部、小浜警察署、小浜市高齢・障がい者元気支援課、その他協力する関係機関に対し提供することに同意します。

（いずれかに○）　・小浜市内のみ提供希望　　・小浜署管内4市町のみ提供希望

・小浜市以外にも広域的に提供希望

|  |
| --- |
| 申請日：令和　　年　　月　　日 |
| 氏名（ふりがな） | （ 　　　　　　）　 | 登録番号 |
| 旧姓（ふりがな） |  （　　　　　　） | 　　№ |
| 性　別 | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭　　　　年　　　月　　　日　（　　　歳） |
| 住　　　　　所 | 小浜市 | ☎ |  ― |
| 特徴※捜索の参考となる情報 | 【身長】　　　　　　　ｃｍくらい【体型】　やせ型　・　中肉　・　太り気味【髪】　長髪　・　短髪　・　黒髪　・　白髪　・　茶髪　・　金髪【癖など】【その他】 |
| 装用品・持ち物 | 【めがね】　　あり　・なし（色・形）【その他】 |
| 認知症 | 　　有　　・　　無 |
| 障がいの状況 | 手帳の有無（ 有 ・ 無 ）種別・等級（　　　　　　・　　　　　　） |
| 名前　　言える　・　言えない | 住所　　言える　・　言えない |
| 特記事項※捜索の参考となる情報 | 行きそうな場所（以前の居住地や好きな場所）、過去の徘徊歴、外見や行動の特徴 |
| 注意事項 | ※保護時にしてほしいこと・対応に注意してほしい事など |
| かかりつけ医 | 医療機関名：　　　　　　　　　　　　医師名： |
| 担当ケアマネ | 事業所名：　　　　　　　　　　　　ケアマネ名： |

【申請者】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 |  | 続柄 |  |
| 住　所 | 小浜市 |
| 電話番号（自宅） | ― | 電話番号（携帯） | ― |

写真

写真