様式第１号（第５条関係）

**越前市徘徊高齢者等SOSネットワークシステム兼見守りシール登録（変更）票**

越前市長　殿

届出者住所

氏名

電話

印　続柄

次のとおりSOSネットワークシステムの利用登録を申し出ます。

なお、登録にあたって、市長が居住地区担当の地域包括支援センター及び民生委員・児童委員、福井県高齢者福祉担当課、福井県警察本部並びに南越消防組合消防本部に次の情報提供を行うことについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　名 |  | 性　別 |  | 旧　姓 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 | 年　齢 | 　　　　　　　歳 |
| 住　所 | 越前市 |
| 写真添付 | 特徴 | 身　長 | cmくらい |
| 体　重 | kgくらい |
| 頭　髪 |  |
| 服　装 |  |
| めがね | なし・あり |
| ひ　げ | なし・あり |
| く　せ |  |
| 名　前 | 言える・言えない |
| その他 |  |
| 見守りシールの配布 | 希望する | 希望しない |

※　見守りシールの配布を希望する場合、裏面についても記載してください。

※　本人の特徴がわかる写真を必ず提出してください。

※　届出事項に変更が生じた場合(寝たきり・転居・特徴・死亡など)はご連絡ください。

※　この登録票はSOSネットワーク以外の目的に使用することはありません。

年　　月　　日

様式第1号裏面（第5条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| **保護対象者のニックネーム**※ニックネームの後に、シール番号が登録されます。例：おじいちゃん（AA1000） | ※個人情報保護の観点から、氏名（姓名・フルネーム）での登録はできません。　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **既往症**例：糖尿病 |  |
| **保護時に注意すべきこと**　※発見した方へのアドバイスとなります。症状に対する具体的な対応方法を記入します。 |  |
| **発見通知メールアドレス**　※発見時に通知を受けるメールアドレスとなります。右記３件の登録をお願いしています。　※登録後、テストメールが届きます。迷惑メール対策等を設定されている方はinfo@qr-d.jpからのメールを受信できるよう設定をお願いします。 | **1件目** | ※家族等のメールアドレス氏名　　　　　　　　　続柄　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **2件目** | ※担当ケアマネジャーがいる場合は居宅介護支援事業所またはケアマネジャーのメールアドレス。いない場合は、１件目以外の家族等のメールアドレス。氏名　　　　　　　　　続柄　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **3件目** | ※越前警察署のメールアドレスとなります。 |

【※市記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保護対象者ID | ＡＡ　　　　　　　　　 | ＳＯＳ登録 | ＳＯＳネットワーク登録番号　　　　　 |
| シール登録番号 |  | 登録日 | 年　　月　　日 |
| シール交付日 | 　　年　　月　　日　　　　　　　　　 |  |