

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

小豆島町長 殿

(申請者)

住 所

氏 名

続柄

電 話

小豆島町認知症高齢者等見守り S O S ネットワーク登録書

小豆島町認知症高齢者等見守り S O S ネットワークに登録したいので、次のとおり届出をします。

登録者	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	小豆島町
	電話番号	() -
連絡先 1	氏 名	続柄
	住 所	
	電話番号	
連絡先 2	氏 名	続柄
	住 所	
	電話番号	

【登録者情報】

写真添付（できるだけ新しいもの）

身長	cm くらい	体重・体型	
身体的特徴			
会話	○名前が（言える・言えない） ○住所が（言える・言えない）		
外出時の行動特徴（散歩ルート、よく行く場所等）			
かかりつけ医	医療機関名（		） 主治医氏名（
介護保険利用	有 ・ 無	要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
介護保険利用の場合	居宅介護支援事業所名： 担当ケアマネジャー名：		
※町記入欄	登録年月日		登録番号
	年	月	日
			情報共有機関

様式第2号（第5条関係）

同意書

小豆島町認知症高齢者等見守りSOSネットワーク登録書を提出するに当たり、次の事項について同意します。

- 1 登録書の情報を小豆警察署、小豆地区消防本部、小豆島町社会福祉協議会、認知症疾患医療センター、小豆島中央病院及び小豆島町消防団において共有することに同意します。
- 2 小豆島町認知症高齢者等見守りSOSネットワークを通じて、登録者を早期に発見するため、関係機関等に対し、情報を提供することに同意します。
- 3 行方不明時は、土庄町へ情報を提供し、協力依頼することに同意します。
- 4 登録者が保護された場合は、速やかにその旨を関係機関等に連絡し、情報を共有することに同意します。

年 月 日

利用者 _____
(代筆者氏名 続柄)

申請者 _____

小豆島町長 殿

(申請者)

住 所

氏 名

電 話

続柄

小豆島町認知症高齢者等見守りSOSネットワーク登録変更・取消届出書

登録した事項に変更・取消しが生じたので、次のとおり届出をします。

1 登録者

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所		電話番号	

2 変更（抹消）事由

対象者の要件に該当しなくなった。

（転出 入所 入院 死亡）

登録内容に変更が生じた。

変 更 前	変 更 後

この事業の登録を辞退する。

その他