

様式第1号（第4条、第7条関係）

年 月 日

みよし市長 様

みよし市認知症高齢者等あんしん補償事業登録申請書

みよし市認知症高齢者等あんしん補償事業実施要綱第4条第1項の規定に基づき、登録を受けたいので、次のとおり申請します。

申込者氏名		登録者との続柄	
住 所			
電話番号			

【登録者情報】

登録者の状況	ふりがな			男 ・ 女	
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	年齢	歳	
	住 所	みよし市			
	電話番号				
	特 徴	身長：	cm	体重：	kg
		体型：	太め・普通・やせ気味	眼鏡：	有 ・ 無
		住所：	言える ・ 言えない	名前：	言える ・ 言えない
		その他（歩行状態、よく出かける場所、持ち歩くもの等）			
	病名・症状等				
要介護状態区分等					
特記事項	対応や保護時に注意してほしいこと等				
居宅介護支援事業所情報	事業所名	担当ケアマネジャー			
	電話番号				
緊急連絡先①	氏名：	(続柄：)	電話番号（日中） （夜間）		
緊急連絡先②	氏名：	(続柄：)	電話番号（日中） （夜間）		
登録者の実家	住 所	車両情報	番号		
			車種		
			色		
個人賠償責任保険への加入希望		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
QRコード付きみまもりシールの交付希望		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		

- ※1 介護認定を受けていない人は、みよし市認知症高齢者等あんしん補償事業認知症チェックリスト（様式第2号）に基づき市職員又は地域包括支援センターの職員が聞き取りを行います。
- ※2 知的障がいをお持ちの人は帳療育手帳の写しを、精神障がいをお持ちの人は精神障害者保健福祉手帳の写しを提出してください。
- ※3 QRコード付きみまもりシールの交付を希望する場合は、QRコード付きみまもりシール登録シートを御記入ください。

【情報提供等に係る同意欄】

みよし市認知症高齢者等あんしん補償事業実施要綱の規定に基づき提出した申請書（みよし市認知症高齢者等あんしん補償事業登録申請書、みよし市認知症高齢者等あんしん補償事業登録情報変更申請書及びみよし市認知症高齢者等あんしん補償事業登録取消申請書）の情報を、市長が豊田警察署長及び担当地区の地域包括支援センターに提供することに同意します。

また、登録者の介護保険に関する情報について、市長が保険者から提供を受けることについて同意します。

同意者 申込者

登録者

【個人賠償責任保険加入に係る同意欄】

※個人賠償責任保険に加入を希望する場合に御記入ください。

個人賠償責任保険の加入に当たり必要な情報（登録者の氏名、性別、生年月日及び住所）及び保険金の請求に係る事故の状況等に関する情報について、当該保険会社と市長とが共有することについて同意します。

同意者 申込者

登録者

※職員記入欄

認知症高齢者の日常生活自立度	I・II a・II b・III a・III b・IV・M
認知症チェックリストの該当項目数	項目
知的障がいの有無	有 ・ 無
精神障がいの有無	有 ・ 無
事前登録	決定 ・ 却下
登録番号	
保険加入	有 ・ 無
QRコード付きみまもりシール交付	有 ・ 無

【写真（L版）添付用紙】顔写真、全身写真（正面）、全身写真（横）を貼り付けてください。

QRコード付きみまもりシール登録シート

- このシートは、QRコード付きみまもりシールの交付を希望する場合に御記入ください。
- このシートに記入していただいた情報は、発見者がみまもりシールのQRコードをスマートフォン等で読み取った際に、当該スマートフォン等の画面に表示されます。
- 氏名、電話番号等の個人が特定できる情報を含まないように御記入ください。

記入者氏名		記入者連絡先	
登録者氏名		登録者生年月日	年 月 日

発見者のスマートフォン等に表示される情報（個人が特定できる情報は、登録不可）	
<p>1 登録者のニックネーム</p> <p>※呼ばれて返事をしてもらえる愛称</p> <p>※氏名（姓名、フルネーム）での登録不可</p> <p>例：「お父さん」「先生」「部長」等、御自宅や職場で呼ばれていた愛称等</p>	
<p>2 身体的特徴</p>	<p>身長： cm 体重： kg</p> <p>体型： 太め・普通・やせ気味</p> <p>眼鏡： 有 ・ 無</p> <p>その他：</p>
<p>3 既往症</p> <p>※今までにかかった大きな病気等</p> <p>例：「認知症」、「糖尿病」等</p>	
<p>4 保護時に注意すべきこと</p> <p>※発見者へのアドバイスになります。既往症、認知症等の症状に合わせた具体的な対応方法を御記入ください。</p> <p>例・右耳が遠いので、左耳に話しかけてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・話をしてもすぐに忘れるので、必要なときは繰り返し説明してください。 ・心臓ペースメーカーを使用しています。 ・人工透析を受けています。 	

<p>発見通知先メールアドレス</p> <p>発見時に通知を受けるメールアドレスです。御家族やケアマネジャー等の迎えが行くことが可能な方を3件まで登録できます。</p>	氏名	関係
		@
	氏名	関係
		@
	氏名	関係
		@