

（宛先）みよし市長

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、裏面の事項を承諾した上、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				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日			
	住 所	みよし市			
	電話番号	①		②	
	特 徴	身長：	cm	体重：	kg
		体型：	<input type="checkbox"/> 太め <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やせ気味	眼鏡：	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
		住所：	<input type="checkbox"/> 言える ・ <input type="checkbox"/> 言えない	名前：	<input type="checkbox"/> 言える ・ <input type="checkbox"/> 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				
区分	<input type="checkbox"/> 介護認定済 <input type="checkbox"/> 療育手帳保持 <input type="checkbox"/> 精神障害者保険福祉手帳保持 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
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			

緊急連絡先①	氏名：	電話番号（携帯）
	（続柄： ）	（自宅）

緊急連絡先②	氏名：	電話番号（携帯）
	（続柄： ）	（自宅）

登録者の実家	県 市	車両情報	車種/色	
			番号	

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 （※QRコード付き見守りシール登録シートを添付してください）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

裏面

同意事項

- 1 申請された情報を、豊田警察署及び登録対象者の担当地域包括支援センターに提供すること。
- 2 個人賠償責任保険の加入において、申請書に記載された内容及び保険金の請求に関わる事故の状況に関する情報を、当該保険会社と共有すること。
- 3 登録対象者の区分（介護認定、療育手帳、精神障害者手帳を保持するもの）に関する情報について、担当者がこれを確認すること。

※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

【顔写真、全身写真（正面）、全身写真（横）計3枚提出】

写真（L版）で提出の方は下に貼り付けてください。データでの申請をご希望の場合は、長寿介護課のアドレスへ送信してください。】

