

砺波市長あて

申請者	住所
	氏名
	利用者との続柄( )
	電話番号 ( )—

高齢者等が認知症等により行方不明になった場合、以下の情報が協力事業者へ情報配信されることに同意のうえ、認知症高齢者等SOS緊急ダイヤルの利用登録をしたいので申請します。

届出者	住所又は所属
	氏名
	利用者との関係( )

利用者情報	※以下の利用者情報のうち、『氏名』、『性別』、『年齢』、『地区』、『特徴』、『行方不明時の服装』をメール配信します。『写真』は希望によりメール配信します。		
ふりがな		生年月日 年齢	年 月 日 (満 歳)
高齢者 氏名	男・女		
住所	〒 — (地区: ) 砺波市	TEL	— —
個人賠償責任保険への加入	希望する ・ 希望しない		
高齢者の 特徴	身長	cm位	写真 ( 年 月頃撮影) ※メール配信を希望 ( する ・ しない )  写真貼付欄  ※写真はメール配信希望の有無に関わらず貼付してください。  ※メールで写真を添付した際に、はっきりと顔の分かる写真を貼ってください。
	体重	kg位	
	頭髮	( 黒髪 ・ 白髪 )	
	体型	( 痩せ ・ 中肉中背 ・ 太り気味 )	
	めがね	( 有 ・ 無 )	
	杖	( 有 ・ 無 )	
	意思表示	名前: (言える・言えない時がある・言えない) 住所: (言える・言えない時がある・言えない)	
行方不明歴	有 ( 年 ・ 月 ・ 週 に ___回くらい ) ・ 無		
行動特徴等	その他、よく行く場所、時間帯等を記入してください	介護度	
世帯構成	高齢者世帯 ・ 子と同居 ・ その他( )		

緊急連絡先の記入

親族等、確実に利用者を確認できる方をご記入ください。最大3名までの登録が可能です。なお、連絡先として登録すること及び利用申請書に記載した情報を警察署、消防署及びシステム事業者に提供することに同意される方を記入ください。

連絡先① 利用者との関係 ( )	氏名	
	住所	
	電話番号	
	メールアドレス	
連絡先② 利用者との関係 ( )	氏名	
	住所	
	電話番号	
	メールアドレス	
連絡先③ 利用者との関係 ( )	氏名	
	住所	
	電話番号	
	メールアドレス	