

様式第1（第5条関係）

岩倉市認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業登録申請書

年 月 日

岩倉市長 殿

住所
申請者 氏名
電話番号
対象者との続柄

岩倉市認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業について、下記のとおり登録を申請します。

記

対象者	住 所			
	ふりがな 氏 名	(旧姓：)		
	生年月日	年 月 日	年 齢	歳
登録を希望する理由				
個人賠償責任保険加入希望の有無		・ 加入希望します ・ 加入希望しません		
備 考				

添付書類

様式第2（岩倉市認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業登録票）

注）裏面の同意書にも署名をしてください。

同意書

○情報の収集について 私は、認知症状の有無を確認するため、対象者の介護保険における要介護認定時の主治医意見書等を職員が閲覧することに同意します。 ○情報提供について 私は、対象者が本事業を利用することに同意します。また、登録後には、この情報を岩倉市が管理すること、登録者の検索が必要になった場合、速やかに検索活動を実施するため担当地域の地域包括支援センター、警察署にあらかじめ登録者の情報を提供すること、登録者の検索が必要になった場合に登録者に関する情報や行方不明になった状況について岩倉市が関係機関（警察署、地域包括支援センター、民生委員・児童委員、市内介護保険サービス事業所、社会福祉協議会、協力事業者）に情報提供すること及び登録者が保護された場合は速やかに引き取り、その安全を確保することに同意します。 ○岩倉市ほっと情報メール、岩倉市公式LINEの配信希望 ☐希望します ☐希望しません ○岩倉市ほっと情報メール、岩倉市公式LINEへの写真の添付 ☐希望します ☐希望しません	
年 月 日 氏名 登録者との続柄（ ）	

個人賠償責任保険加入希望

加入	☐ 希望します ☐ 希望しません
同意欄	私は、岩倉市が契約する個人賠償責任保険への加入を希望します。 加入にあたり必要な個人情報（氏名・性別・生年月日、住所・連絡先氏名及び連絡先）、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、当該保険会社と岩倉市が共有することについて同意します。また、事故があった場合、直ちに保険会社の受付窓口へ事故報告書を提出します。 年 月 日 氏名 登録者との続柄（ ）

市記入欄

対象確認	☐ 介護保険主治医意見書（意見書添付）		
登録番号		地区担当民生委員	
担当地区地域包括支援センター			
特記事項	受付		