

様式第 1（第 5 条関係）

安城市見つかるとつながるネットワーク事業登録届（新規・変更）

安城市長

私及び登録対象者は、安城市見つかるとつながるネットワーク事業実施要綱に基づき、次の事項について同意し、登録を届け出ます。

- 1 安城警察署に登録情報を提供すること。また、登録対象者が認知症により行方不明となるおそれのある高齢者等である場合においては、事業委託先（地域包括支援センター）に登録情報を提供すること。
- 2 行方不明等で捜索が必要になった場合には、安城警察署に行方不明者届を提出すること。また、行方不明者捜索依頼書（様式第 3）において希望した情報提供の範囲内で市長が登録情報を提供すること。
- 3 登録対象者が保護された場合は速やかに引き取り、その安全を確認すること。
- 4 市長が登録対象者の住民情報並びに介護保険及び障害者手帳に関する情報を閲覧すること。

届出の種別	新規・変更	登録番号 (種別が変更の場合に限る。)		届出日	年 月 日
登録対象者	ふりがな氏名	男 女	旧姓	生年月日	年 月 日
	住所	(自宅電話 携帯電話)			
	身体的特徴	【身長】 c m 【体重】 k g 【体型】 やせ型・普通・小太り・肥満 【姿勢】 普通・猫背・円背 【眼鏡】 あり・なし 【頭髪】 【その他の特徴】			
	コミュニケーション	【氏名】 言える・言えない 【住所】 言える・言えない 【会話】 問題なし・できない場合がある・困難 【認知症】 あり・疑いあり・なし			
	行方不明歴	なし・あり (回位、 頃) 主な発見場所 ()			
	要介護等認定	(要支援) 1・2 (要介護) 1・2・3・4・5 認定なし 申請中			
	障害者手帳	身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳 ・ なし			
	担当事業所等	・ 地域包括支援センター (センター名) ・ 居宅介護支援事業所等 ・ 特定 (障害児) 相談支援事業所 (事業所名 担当者氏名 電話)			
	かかりつけ医	医療機関名 医師名 電話			
届出者 (上記3が行える者に限る。)	ふりがな氏名	(登録対象者との続柄) *親族又は成年後見人等以外の場合は、裏面の親族等同意欄の記入が必要。			
	住所	(電話)			

届出者 以外の 連絡先	住 所	(電話)
	ふ り が な 氏 名	(登録対象者との続柄)
情報提供先 ※希望範囲は、行方不明者搜索 依頼書の提出時に記入いただき ます。		① 公共施設、消防署、社会福祉協議会、地域包括支援センター
		② 上記①+市内の医療福祉関連団体、町内会、安城防災ナビ及び市公式 LINE での 情報配信、市公式ウェブサイト掲載
		③ 上記①②+県内市町村への協力依頼
		④ 制限なし（県外を含めた周知）
*添付書類として、対象者本人の写真（最近のもの（データ可））を提出してください。写真は返却しません。		

個人賠償責任保険 同意欄

※個人賠償責任保険に係る事業の対象者のみ

登録対象者のうち市内に居住し、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づき本市の住民基本台帳に記録されている者で、在宅において生活する認知症により行方不明となるおそれのある高齢者等

加 入 を 希 望 し ま す	加 入 を 希 望 し ま せ ん
私は、市長が契約する個人賠償責任保険への加入に当たり必要な私の情報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、保険会社と市長が共有することについて同意します。 また、私は、現時点で同様の保険に加入していないこと及び保険の適用となる事故が発生した場合は速やかに市長に事故報告書を提出することを誓約します。 氏名（自署） 代筆者 (登録対象者との続柄)	

親族等同意欄

※届出者が親族又は成年後見人等以外の場合は、これらの方のいずれかから同意を得てください。

私は、届出者が本事業を利用すること及び当該届出者と同様の義務を負うことにつき同意します。 氏名（自署） (登録対象者との続柄) 住所 電話番号	
--	--