**神戸市高齢者安心登録事業登録届**

（神戸市社会福祉協議会記入欄）

登録番号：

登録日：　　　　年　　　月　　　日

受付日：　　　　年　　　月　　　日

様式第1号

神戸市長　宛

私は、利用規約に同意したうえで、登録の届出をします。

**【注意事項】本登録の有効期間は登録日より2年間です。期間経過後、利用者が更新しない場合、神戸市が登録情報を全て廃棄します。**

**【利用者情報】・※は必ず記入してください。該当するところに○をつけてください。**

写真(直近のもの)

**・氏名・写真の配信の欄は、空欄の場合は「配信なし」となります。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名※ | （ふりがな） | | | 顔写真(直近のもの) |  |
|  |  |
| 生年月日※ | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日（　　歳） | | |  | |
| 性別※ | 男 ・ 女　（旧姓：　　　　　　　） | | |  | |
| 郵便番号・  住所※ | 〒 | | | 全身写真(直近のもの) | |
| 電話番号※ | 自宅：  携帯： | | |  | |
| 氏名・写真の配信※ | 氏名　　　　　配信する　　・　　配信しない  （姓のみ）  写真　　　　　配信する　　・　　配信しない  ※写真の配信はシステムの対応後となります。 | | |  | |
| 散歩のルート、よく行く店、場所等　※ |  | | |  | |
| 以前の居住地※ |  | | |  | |
| 身　体　的　特　徴　等 | 身長 | ㎝ | わかりやすい特徴 |  | |
| 体重 | ㎏ |
| 体型 | 肥・小肥・中肉・痩せ | ほくろの位置 |  | |
| 顔の形 | △・▽・○・□・○ |
| 顔色 | 白・青白・普通・浅黒・赤 | その他 |  | |
| 眼鏡 | 有・無・時々使用 | 行動等の特徴 | | |
| 頭髪 |  | なまり |  | |
| 血液型 | Ａ・Ｂ・ＡＢ・０・不明 | 対話癖 |  | |
| 歯 | 全入歯・部分入歯・自歯・歯なし | 歩行 | 独歩・杖歩行・シルバーカー・歩行器 | |
| 足の  ｻｲｽﾞ | ㎝ | 趣味・  し好 |  | |
| 過去に道に迷ったことがあるか | | 有（　　回）（時期　　　　　　　　　　　　　　　　）  （どのように帰ったか　　　　　　　　　　　　　　）  無 | | | |

**【行方不明時メール配信を依頼する人】**

警察署へ行方不明者届を提出後、メール配信依頼を受け付けます。

メール配信依頼者を特定する場合のみ、以下に記入してください。

**≪注意≫下記に記載された方に、行方不明時の通報の義務を課すものではありません。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | （ふりがな：　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 続柄 |  |
| ☎ | 自宅：　　　　　　　　　　　携帯： | | |
| 氏名 | （ふりがな：　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 続柄 |  |
| ☎ | 自宅：　　　　　　　　　　　携帯： | | |
| 氏名 | （ふりがな：　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 続柄 |  |
| ☎ | 自宅：　　　　　　　　　　　携帯： | | |

**【利用サービス等の情報】**

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護度 | 要支援１・２、要介護１・２・３・４・５、申請中、未申請 |
| 病　名 |  |
| 担当ケアマネ | 事業所名：　　　　　　　　　　　氏名：  連絡先： |
| 利用サービス | 有・無  （サービス内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**【情報提供意思確認】**

私は、下記の全項目について同意します。

□利用者の情報を日頃から把握しておくため、事前登録情報を神戸市、神戸市が業務を委託した事業者、管轄のあんしんすこやかセンター、市内警察署（警察署には利用者情報のみ）で情報共有することに同意します。

□行方不明時において早期発見活動を行うため、メール配信依頼をされた場合、生年月日、住所、電話番号を除く利用者情報（※1）や行方不明情報を市内の捜索協力者（※2）にメールで情報発信し、発見協力依頼をすることに同意します。

※1氏名および写真の配信は同意者のみ

※2「捜索協力者」とは、個人情報の守秘義務の遵守を誓約した方で、この事業にご協力いただく方々のことです。（登録できる方は、あんしんすこやかセンター・神戸市・市区社会福祉協議会・市内の介護保険サービス事業所の各職員、市民生委員・児童委員、認知症サポーターです。）

　　年　　月　　日

**本人氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）**

**後見人氏名・連絡先（該当者のみ）　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 　　　（自署）**※本人氏名欄は、必ず本人が自署すること。ただし、成年後見人又は任意後見人が選任されている場合は、

後見人が本人氏名を記入し、その下に後見人の氏名・連絡先を記入すること。

≪あんしんすこやかセンター記入欄≫　　　　　　　　　　　本人面談日：　　　　年　　　月　　　日

受付：（　　　　　　　　　）あんしんすこやかセンター　　　担当：

【　成年後見人又は任意後見人：有 ・ 無　】　【　付き添い人：有（　　　　　　　　　　　　）・無　】