

ID : _____

令和 年 月 日

阿賀町認知症高齢者等見守りシール交付事業利用申請書

阿賀町長 様

申請者 氏名 _____ 対象者
住所 (〒 _____) との続柄 _____
電話番号 _____

認知症高齢者等見守りシール交付事業の利用を申請します。

対象者	住 所	阿賀町	番地	
	氏 名		生年月日	T・S . . .
	認知症の診断	・なし ・あり	主治医	医療機関名: 主治医:
	要介護度等	・なし ・あり — 事業対象	・申請中 ・要支援 (1・2) ・要介護 (1・2・3・4・5)	【ケアマネージャー】氏名: 事業所名:
発見 知メールがあつた場合に対応する方の連絡先	① 保護された場合、 すぐに引き取り に来ていただける方	氏 名		続柄
		電話番号		
		住 所		
		メールアドレス		
	② 緊急時の医療的 判断ができる方 (遠方でも可)	氏 名		続柄
		電話番号		
		住 所		
		メールアドレス		
	③ その他、連絡先 となる親族 (いない場合は、ケ アマネージャー、成 年後見人等)	氏 名		続柄
		電話番号		
		住 所		
		メールアドレス		

※メールアドレスは、0(ゼロ)と O(オー)、- (ハイフン)と_ (アンダーバー)、1(イチ)とI(エル)等の違いが分かるように記入してください。

※「どこシル伝言板登録シート①②」を記入し、添付してください。

【 利用にあたり、裏面の同意書への記入が必要です。】

同意書

阿賀町認知症高齢者等見守りシール交付事業の利用にあたり、次の事項について同意します。

- 1 徘徊高齢者等及び介護者等の情報をシステムに登録すること。
- 2 システムの利用許諾に関すること。
- 3 本事業の運営のため、住民基本台帳を町が閲覧すること。
- 4 次の事項を遵守すること。
 - (1) 見守りシールを対象者の衣服等に適切に貼付すること。
 - (2) 発見情報の通知があった場合、発見者とインターネット通信による情報交換を行い、対象者の保護を行うこと。
 - (3) 見守りシールを他人に譲渡又は転売しないこと。
 - (4) 見守りシールを改ざんしないこと。
 - (5) 見守りシールを事業の利用以外に使用しないこと。
- 5 対象者が安全に保護されたことを確認するため、発見者及び介護者等が行った通信の情報を町が閲覧すること。
- 6 町が登録票の情報を確認するため、申請者、対象者又は関係者に連絡をとること。
- 7 次の場合、町が対象者の登録情報および発見情報等の提供を行う場合があること。
 - (1) 対象者が行方不明となり、インターネット通信ができない家族から情報を求められた場合。
 - (2) 対象者の搜索依頼が家族等から出され、警察署、消防署、又は町の関係部署等から情報提供を求められた場合。
 - (3) 対象者が警察署、医療機関に保護され、情報提供を求められた場合。
- 8 見守りシールは、対象者の早期発見のための目印とし、身元確認を円滑に行うためのものであり、登録することで早期の発見又は保護を確約するものではないこと。
- 9 事業の利用以外に見守りシールを読み込まれる可能性があること。

令和 年 月 日

申請者 氏名 _____