

徘徊高齢者等SOSネットワーク事前登録届

			受付日	年	月	日	
本人の状況	フリガナ		性別	家族構成図（主介護者等）			
	氏名	(旧姓：)	女 男				
	生年月日	大正・昭和 年 月 日生 (歳)					
	住所		TEL	()			
	介護支援 専門員	事業所名： (担当： 様)	TEL	()			
	かかりつけ 医療機関	医療機関名： (先生)	TEL	()			
	病名等						
	徘徊歴 発見場所						
	特徴	身長：	cm	姿勢：			
		体重：	kg	体格：	太っている・普通・やせている		
頭髪：			眼鏡：	有 ・ 無			
特記事項： ※出身地・前住所・職業・行きつけの場所・愛称・持ち歩くものなど							
注意事項	※保護時にしてほしいこと・対応に注意してほしいことなど						
連絡先1	氏名：	続柄 ()	TEL：	()			
連絡先2	氏名：	続柄 ()	TEL：	()			

次のとおり事前登録の申出をいたします。事前登録届を警察署に情報提供すること、徘徊発生時には徘徊高齢者等SOS届<依頼・解除>（様式第6号）により、関係自治体、SOSネットワーク協力団体その他関係機関に情報提供を行うことについて同意します。

届出者：氏名 _____ 続柄 _____ 電話 (_____)
 (同意者) 住所 _____

(裏)

本人の特徴が分かる写真として、「全身写真」及び「顔写真」の2枚を提出してください。

「全身写真」

「顔写真」

徘徊高齢者等SOSネットワーク事業個人賠償責任保険（加入・変更・脱退）申出書

年 月 日

葛城市長 様

徘徊高齢者等SOSネットワーク事業個人賠償責任保険について、次のとおり（ 加入 ・ 変更 ・ 脱退 ）するので届け出ます。

申 出 者	フリガナ			生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生（ 歳）	
	氏 名					
	性 別	男・女	住 所			
	事前登録者 との続柄	親族（ ） 成年後見人		日中の 連絡先		

申出者は、当該事前登録者が損害賠償責任を負うおそれのある事故が起こったときは、市長に、速やかに、報告してください。また、保険会社からの事故の内容の確認に対応してください。

事 前 登 録 者	フリガナ			生年月日	大正・昭和 年 月 日生（ 歳）
	氏 名	（旧姓： ）			
	性 別	男・女	住 所		

【個人賠償責任保険加入に係る同意欄】

個人賠償責任保険の加入に当たり必要な情報（登録者の氏名、性別、生年月日及び住所）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、当該保険会社と市長とが共有することについて同意します。

同意者 (申出者) 氏名 _____ (事前登録者) 氏名 _____