北九州市長様

北九州市認知症高齢者等見守りシール交付事業利用申請書

北九州市認知症高齢者等見守りシール交付事業を利用するにあたり、裏面の同意事項に同意したうえで申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | Ｉ　Ｄ　番　号（行政使用欄） | 対象者との続柄 |
| 申請者名（介護者） |  |  |  | ＿ |  |  |  |  |
| 住　　所 | 〒　　　－ |
| ＴＥＬ | （　　　　）　　　　－ | ＦＡＸ | （　　　　）　　　　－ |
| フリガナ |  | 男・女 | 西暦　　年　　月　　日生（　　　歳） |
| 保護対象者名（シールを貼る方） |  |
| 住　　所 | 〒　　　－ | 要介護度 |
| シール送付先の宛名・住所・連絡先 | フリガナ |  | 住所 | 〒　　　－ |
| 名前 |  |
|  | TEL | （　 　）　　　 － | FAX | **( ) －** |
| **どこシル伝言板に登録する内容①～⑤についてご記入ください。** |
| どこシル伝言板登録内容 | **①保護対象者のニックネーム**※呼ばれて返事をしてもらえる愛称※個人情報の公開とならないよう、氏名（名字、名前いずれも）の登録はさけてください。例：「お父さん」「先生」等、ご自宅や職場で呼ばれていた愛称等 |
| **②身体的****特　徴** | 　身長：　　　　　　　　　㎝　　体重：　　　　　　　ｋｇ　体格：　　　　頭髪：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　眼鏡使用：有　　無　その他の特徴 |
| **③既往症** | 認知症：有　・　無　　　　　　　　今までにかかった大きな病気（例：糖尿病、高血圧、狭心症　など）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **④保護時に注意すること** | ※発見した方へのアドバイスとなります。症状に対する具体的な対応方法を記入します。（例）右耳が遠いので、左耳に話しかけてください。など |
| ⑤発見通知メールアドレス（迎えに行くことが可能な方を３件まで登録できます）例：主介護者、ご家族、介護支援専門員等　　　**※連絡が取れるメールアドレスかセキュリティ設定（迷惑メール対策）を事前にご確認ください。** |
| 氏　名 |  | 続柄 |  |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　＠ |
| 氏　名 |  | 続柄 |  |
| メールアドレス　　　　　　　　　　　　　　＠ |  |
| 氏　名 |  | 続柄 |  |
| メールアドレス　　　　　　　　　　　　　　＠ |

北九州市認知症高齢者等見守りシール交付事業利用同意事項

　北九州市認知症高齢者等見守りシール交付事業を利用するにあたり、次の事項に同意します。

記

１　本事業の利用期間は、北九州市が利用を決定した日から利用の取り消しを行った日までとすること。

２　天災等の不可抗力やサービスの機能点検により、事業者の業務が中断し保護情報の提供が行えない場合があること。

３　この事業の利用により発見された対象者の保護を自己責任において行うこと。

４　サービスの利用にあたり対象者及び利用者等の個人情報を警察等の関係機関に北九州市が提供すること。

５　サービスの利用にあたり、次の各号に該当するときは、速やかに届出をすること。

（１）対象者が介護保険施設又は養護老人ホーム等に入所し在宅でなくなったとき。

（２）対象者が３か月以上の長期にわたり入院又は療養し、在宅に戻る見込みが立たないとき。

（３）対象者が市外に転出したとき。

（４）対象者が死亡したとき。

（５）前各号のほか、サービス提供が不適当と北九州市長が認めたとき。

６　上記届出を速やかに行わないときは、市長は利用の取り消しを行うことができること。

７　ラベルシール等の維持管理は、善良な管理者として責任をもって行い、対象者以外の者への譲渡や転貸等、不正に使用しないこと。

８　ラベルシール等の全部又は一部破損、又は滅失した場合の再発行は有料になること。再発行については、認知症支援・介護予防課に連絡すること。

　令和　　　年　　　月　　　日

　　北 九 州 市 長　　様

利用者　　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（自署の場合は押印不要）