

様式第1号（第6条関係）

三次市高齢者等位置情報提供ツール導入事業利用申請書

三次市長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

(介護者) 氏 名 \_\_\_\_\_

(自署又は記名押印)

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

対象者との続柄 \_\_\_\_\_

三次市高齢者等位置情報提供ツール導入事業を利用したいので、次のとおり申請します。

同 意 欄

利用決定に当たり、世帯全員の住民基本台帳の閲覧及び介護保険の認定状況並びに介護認定審査会資料（認定調査票、主治医意見書等）について確認されることに同意します。

また、事業の実施に当たり、申請書に記載した情報を、当ツールを提供する事業者を提供するとともに、必要に応じて、管轄の警察署、消防署、三次市地域包括支援センター等の関係機関に提供することに同意します。なお、対象者の生命又は身体を保護するために必要と判断される場合には、本人の同意を得ることなく、三次市が本人の位置情報を検索することに同意します。

年 月 日

対 象 者 \_\_\_\_\_

(自署又は記名押印)

申 請 者 \_\_\_\_\_

(自署又は記名押印)

裏面もご記入ください

対象者情報	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏名		性別		
	生活拠点	自宅・施設・長期入院	電話番号	- -	
	住所	三次市			
	要介護度	認定無し・申請中・要支援（１・２） 要介護（１・２・３・４・５）			
		該当する項目にチェック✓をしてください。（複数回答可）			
		<input type="checkbox"/> 過去にひとり歩き（徘徊）により行方不明になり、警察に通報されたことがある。（時期： 年 月頃） <input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ a 以上 <input type="checkbox"/> 医師から認知症の診断を受けている。 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	備考				

緊急連絡先

1	申請者（表面上部に記載のとおり）			
2	ふりがな		対象者との続柄	
	氏名		電話番号	- -
	住所			
3	ふりがな		対象者との続柄	
	氏名		電話番号	- -
	住所			
4	ふりがな		対象者との続柄	
	氏名		電話番号	- -
	住所			

※上記以外の方から、コールセンターに対象者の位置探索を依頼することはできません。