

丹波市高齢者等早期発見 SOS システム登録申請書 兼
丹波市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

令和 6 年 4 月 2 日

丹波市長 様

申請者 住 所 丹波市氷上町常楽211番地
氏 名 山丹 一郎 (※) (続柄: 長男)
電話番号 0795-88-5267
※ 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

丹波市高齢者等早期発見 SOS システム並びに、丹波市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業について、次のとおり申請します。

※NO.							
本人の 情報	氏名	ふりがな	さんたん なみこ		住所	丹波市 氷上 町 常楽211番地 【住所が言える (※) 言えない】 電話 (88)5267	
			男	山丹 波子		生家の住所 福知山市××町〇〇1234番地 電話 0773 (56) 7890	
			女				
	旧姓	ふりがな	すずき なみこ		本人 携帯電話	(080)5678-1234	
			鈴木 波子				
	生年月日	明治	15年 2月 20日生 (84 歳)		GPS 機能	有 () ・ (無)	
		大正					
		昭和					
		【生年月日… 言える (※) 言えない】		血液型	A 型 ・ 不明 RH (+) ・ -		
	特徴	身長	155				cm
		体重	50	kg	手術痕	(有) 虫垂炎)・無	
		体型	太め ・ 普通 ・ やせ気味		眼鏡	有 ・ (無)	
		認知症程度	疑い ・ 軽 ・ 中 ・ 重		病気	糖尿病	
		足のサイズ	履物:	23	cm	歩行	(独歩) ・ 杖歩行 ・ 歩行器
	行方不明歴 発見場所	行方不明歴: (有) ・ 無 発見場所: 福知山市××町の公園の近く					
移動手段	(徒歩) ・ 自転車 ・ 車 (ナンバー: 色: 車種:)						
立ち寄る可能性 のある場所	(畑・墓・実家・友人宅等) 近所の畑・生家の墓地						
かかりつけ医	〇〇診療所 〇〇医師		かかりつけ歯科医	〇〇歯科 〇〇医師			
要介護度	要支援 2	居宅介護支援 事業所名	〇〇地域包括支援センター	ケアマネジ ヤー	△△ 〇子		
特記事項	もしも行方不明になり、保護される場合に注意してほしいこと 聞こえにくいので、耳元でゆっくり話してほしい						
連絡先1※	氏名	山丹 一	続柄	長男	携帯電話	(090) 1234-5678	
					自宅	0795 (88) 5267	
連絡先2※	氏名	山川 虹子	続柄	長女	携帯電話	(090) 4321-8765	
					自宅	0795 (88) 5751	
連絡先3※	氏名	鈴木 次男	続柄	弟	携帯電話	()	
					自宅	0773 (11) 0001	

※連絡先は、発見後に身元引受人になっていただける方をご記入願います。

※受付年月日		※受付確認者	
--------	--	--------	--

丹波市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入について

加入希望	<input checked="" type="checkbox"/> 加入を希望する <input type="checkbox"/> 加入を希望しない、加入要件に該当しない
	・ 現在在宅で生活をしていませんか。 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

この保険の対象者は、丹波市に住民票があり、在宅生活をしている 40 歳以上の日常生活に支障をきたすような認知症の症状(※)がある方です。

(※) 介護保険における認定調査票または主治医意見書から「認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はⅤ」かつ「障害高齢者の日常生活自立度が自立、Ⅱ、Ⅲ又はⅣ」と確認できる方

【 情報提供意志確認 】

私・家族等 **山丹 波子** は、下記の項目について同意します。

1

事前登録情報(様式 3 号)を丹波警察署、民生委員・児童委員、地域包括支援センター、丹波市(介護保険課・くらしの安全課等)で情報共有することに同意します。

2

行方不明時には、SOS ネットワーク協力関係機関に本人情報(表面の氏名・年齢・住所・特徴等)を提供することに同意します。

3

行方不明時には、早期発見活動を行うため、防災行政放送無線および防災メールで情報配信することに同意します。

4

行方不明時には、他市町、他都道府県への発見協力依頼をすることに同意します。

5

行方不明届提出後自力で帰宅もしくは発見した場合は速やかにその旨を丹波警察署に連絡し解除依頼することに同意します。

6

丹波市認知症高齢者等個人賠償責任保険への加入を希望している場合は、加入及び更新要件等の確認のため、丹波市が住民基本台帳情報、要介護認定・要支援認定に係る調査結果、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書の内容、介護保険の給付状況等に関する情報について確認することに同意します。

7

保険加入に必要な個人情報(氏名、性別、生年月日、住所及び連絡先)、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、保険会社、丹波市、地域包括支援センターが共有することに同意します。

令和 6 年 4 月 2 日

本人氏名 **山丹 波子** (※)
※ 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

代筆者氏名 **山丹 一郎** 続柄 **夫** (※)
※ 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話番号 **0795-88-5267**


【写真】撮影日 **令和 6 年 3 月頃**

写真(直近のもの)

※無帽、正面で顔がよくわかるもの(おおむね胸から上)

※画像に傷・汚れがなく鮮明で個人の識別ができるもの

(例)



顔写真
(Lサイズ)


撮影日 **令和 6 年 3 月頃**

写真(直近のもの)

※無帽、正面で顔がよくわかるもの

※画像に傷・汚れがなく鮮明で個人の識別ができるもの

(例)



全身写真
(Lサイズ)