

金沢市認知症高齢者等地域見守りネットワーク事業（みまもりシール交付）

利用〔新規・変更〕申請書

金沢市認知症高齢者等地域見守りネットワーク事業（みまもりシール交付）の利用について裏面事項について同意し、下記の通り〔新規・変更〕申請します。

ふりがな		電話番号	
申請者名 (介護者等の方)		対象者との 続 柄	
住 所	〒 ー		
ふりがな		性 別	
対象者名 (シールを貼る方)		生年月日	西暦 年 月 日
住 所	〒 ー		

発見通知メールを送付する連絡先をご記入ください。連絡先①～③へは同時にメールが届きます。発見時に迎えに行くことができる方をご記入ください。必ず1名以上をご記入ください。

連 絡 先 ①	ふりがな		続 柄	
	氏 名		電話番号	
	住 所			
	メールアドレス	@		
連 絡 先 ②	ふりがな		続 柄	
	氏 名		電話番号	
	住 所			
	メールアドレス	@		
連 絡 先 ③	ふりがな		続 柄	
	氏 名		電話番号	
	住 所			
	メールアドレス	@		

どこシル伝言板に登録する内容①～④をご記入ください。

①～④は伝言板に表示されますので、個人情報の公開とにならないようご注意ください。

ど こ シル 伝 言 板 登 録 内 容	①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で、氏名（名字、名前いずれも）の登録は避けてください。例：「お父さん」「先生」等、ご自宅や職場で呼ばれていた愛称
	②身体的 特 徴	身長：                      cm      体重：                      k g 体格：                      頭髪：                      眼鏡使用： 有 ・ 無 その他の特徴：
	③既往症	今までにかかった大きな病気等（例：糖尿病、高血圧、狭心症） 認知症、
	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。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。

金沢市認知症高齢者等地域見守りネットワーク事業（みまもりシール交付）  
利用同意書

金沢市認知症高齢者等地域見守りネットワーク事業（みまもりシール交付）の利用にあたり、下記の事項に同意します。

記

- 1 警察署、消防署等の関係機関から対象者及び連絡先として記載された者に関する情報提供依頼があった場合は、提供する場合があること。
- 2 システムの通信の内容等を金沢市が確認すること。
- 3 対象者が行方不明になった際は、連絡先として記載された者は捜索に協力し、対象者が保護された際は、速やかにその安全を確保するよう努めること。また、対象者が行方不明になった際、みまもりシールの二次元コードを読み取った発見者がいる場合には、発見者との間で通信し、自らの責任において対象者を速やかに保護すること。
- 4 みまもりシールは、早期発見及び保護を確約するものではないこと。
- 5 天災等の不可抗力やサービスの機能点検により、システムが中断し、保護情報の提供が行えない場合があること。
- 6 申請書の内容に変更（対象者の住所、連絡先として記載された者の氏名、住所、電話番号、メールアドレス）が生じた場合、または終了（対象者が死亡、市外転出、施設入所又は利用を辞退）する場合には、速やかに金沢市へ連絡すること。
- 7 みまもりシールを本事業の利用目的以外で使用、譲渡、販売及び改ざんをしないこと。

以上

年 月 日

(宛先) 金 沢 市 長

申 請 者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

Ⓜ

(自署の場合は押印不要)