

様式第1号（第4条関係）

令和 年 月 日

恵那市認知症高齢者等あんしん見守り登録申請書（新規・更新）

恵那市長 様

【申請者（家族等）】

氏名	ふりがな		登録者との続柄	
住所	〒		電	自宅
			話	携帯

【登録者】

氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ふりがな		男女	生年月日	M. T. S
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒				
特徴	身長		cm	体格	痩せ・普通・中肉・太め
	頭髪			眼鏡	あり・なし
	その他外見的特徴	(例) 杖をついている			
状況	1 自分の名前を <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> ときどき言える <input type="checkbox"/> 言えない				
	2 自分の住所を <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> ときどき言える <input type="checkbox"/> 言えない				
	3 これまで家に戻れなかったことが <input type="checkbox"/> ある (回くらい) <input type="checkbox"/> ない				
	4 よく出掛ける場所 (例) △△スーパー、○○公園)				

【緊急連絡先】

連絡先①	氏名	続柄		電	自宅
				話	携帯
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒			
連絡先②	氏名	続柄		電	自宅
				話	携帯
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒			

【登録事業の利用における同意事項の確認】

<p>1 登録者の介護保険の要介護認定等に関する資料のうち、主治医の意見書についての情報を恵那市が閲覧することに同意します</p> <p>2 登録者の情報を、恵那市が恵那警察署へ提供し、情報共有することに同意します</p>
<p>署名（申請者） _____ 印</p> <p>* 自署の場合は押印不要</p>

【見守りシールの交付事業】

<input type="checkbox"/> 希望します	<p>シール代は初回無料です。</p> <p>* 追加希望の費用は事業者からの請求により申請者の直接払い</p>
<input type="checkbox"/> 希望しません	

【個人賠償責任保険加入事業】

* 他に同様の保険に加入している方は加入できません。

<input type="checkbox"/> 希望します	<p>個人賠償責任保険加入事業における同意事項の確認</p> <p><input type="checkbox"/> 他に同様の保険に加入していません</p> <p><input type="checkbox"/> 必要な個人情報（氏名・性別・生年月日・住所）、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、当該保険会社と恵那市が共有する事に同意します</p> <p><input type="checkbox"/> 事故が起き、損害賠償請求された場合、速やかに市長に事故報告をします</p> <p style="text-align: right;">署名（申請者） _____ 印</p> <p style="text-align: right;">* 自署の場合は押印不要</p>
<input type="checkbox"/> 希望しません	

