

様式第1号（第4条関係）

中津川市認知症まもりのわ SOS ネットワーク登録届

中津川市長

下記のとおり、中津川市認知症まもりのわ SOS ネットワークへの登録を届け出ます。

- ・登録内容を、中津川市、中津川警察署、市内地域包括支援センター及び在宅介護支援センターと情報共有することに同意します。
- ・登録対象者の介護保険に関する保険者情報を、事業の目的を達成する限度において利用し、又は他機関から市が提供をうけることに同意します。
- ・登録対象者の検索が必要になった場合、登録対象者に関する登録情報、行方不明となった状況等について、市が関係機関、捜索協力者へ情報提供すること、登録対象者が保護された場合は速やかに届出者又はその関係者が当該登録対象者を引き取り、その安全を確保することに同意します。

【届出者】		申請日	年 月 日
氏 名		登録者との続柄	
住 所			
電話番号			

【登録対象者】		
ふりがな		性別
氏 名 (自筆※1)		男 ・ 女
生年月日	年 月 日	歳 (申請時)
住 所	中津川市	
登録内容	別添登録台帳のとおり	

※1) 届出者が成年後見人、又は本人の心身状況により署名が困難な場合はその限りではない。
その場合別添登録台帳の「その他」にその旨記入する。

市処理欄（以下は、記入しないでください。）

登 録 番 号	中津川市					受付印
登録申請処理日		年	月	日		
備 考						

※裏面あり

