

写真提供	行方不明時に情報提供として配信を希望 する ・ しない		
要介護度	未申請 ・ 申請中 ・ 要支援(1 ・ 2) ・ 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
ケアマネジャー	事業所名:	担当:	電話:
かかりつけ 医療機関	医療機関名:	担当医:	電話:
	病名等:		
	医療機関名:	担当医:	電話:
	病名等:		
その他			

※本人の特徴がわかる写真を添付してください。

※届出事項に変更・変化が生じた場合は(特徴・転居・死亡・連絡先等)、速やかにご連絡ください。

※事前登録は飯塚市行方不明認知症高齢者等SOSネットワーク事業以外の目的に使用することはありません。

(2) 本登録申請書の情報(写真の提供がある場合は写真も含む)を、対象者を管轄する地域包括支援センターに予め情報提供することを希望しますか。

☐希望する ☐希望しない

(3) 本登録申請書の情報を、対象者の地区を担当する民生委員に予め情報提供することを希望しますか。

☐希望する ☐希望しない

【同意事項】

①	飯塚市が、申請情報を確認するため、申請者、対象者に連絡を取る場合があること。
②	上記(2)又は(3)で、地域包括支援センター又は民生委員に予め情報提供を希望する場合、地域包括支援センター又は民生委員が、申請情報を確認するため、申請者、対象者に連絡を取る場合があること。
③	行方不明時には「飯塚市行方不明認知症高齢者等SOSネットワーク依頼書」により、関係機関等に情報提供すること。
④	飯塚市が転居等の有無等の現況確認のため、必要な個人情報(住所・氏名・生年月日)を確認すること。

上記、同意事項を確認し、個人情報の提供及び利用に同意します。

氏名
