

# 尼崎市：認知症みんなで支えるSOSネットワーク事前登録 認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書 記入例

注意事項：毎年1回重要書類送付先の方にお送りする事前登録継続意向確認書に対して、3年連続でご返信がない場合、登録継続意向なしと判断し、尼崎市が認知症みんなで支えるSOSネットワーク及び認知症高齢者等個人賠償責任保険の登録取消し手続きを行います。

<b>【本人情報】</b>	登録番号	<b>尼00-0001</b>		記入日(時点)	<b>令和3年2月1日</b>	
(ふりがな)	あまがさき はなこ				性別	<b>女</b>
氏名	<b>尼崎 花子</b>				(ふりがな)	たちばな
					旧姓	<b>立花</b>
生年月日	<b>昭和6年1月1日</b>		( <b>90</b> )	歳	※令和3年1月31日時点	
住所	(〒 <b>660-8501</b> ) 兵庫県尼崎市 <b>東七松町●-●-●● 東七松アパート●●●号室</b>					
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 同居 (同居人の続柄： <b>夫、長男</b> )					
身体的特徴等	身長・体重	<b>160</b> cm	<b>50</b> kg	頭髪(特徴・色等)	<b>白髪 肩までの長さ</b>	
	体型	<input type="checkbox"/> 太目 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やせ型		めがね	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	面型(○をつける)	▽		その他	頬に大きなほくろ、お腹に手術痕	
行動等の特徴	話し方の特徴(なまり等)	<input checked="" type="checkbox"/> あり ( <b>関西弁</b> ) <input type="checkbox"/> なし		歩行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input checked="" type="checkbox"/> 杖歩行	
	名前を	<input checked="" type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない		住所を	<input type="checkbox"/> 言える <input checked="" type="checkbox"/> 言えない	
	移動手段(歩行、バス等)	<b>歩行</b>		その他		
立ち寄る可能性があるところ(具体的に)	※○○スーパー ○○店(具体的な店舗名や場所を記載してください。) <b>●●公園、●●スーパー(七松町店)</b>					
過去の行方不明の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合、直近の事例の時期・経緯・発見された場所・警察への通報の有無を記載してください。)					
その他(GPS機器・携帯電話の所持等)	時期	<b>2019年5月頃</b>		経緯など	<b>未明に外出したまま行方不明になった。捜索願を提出し、同日10時頃、通行人がJR●●駅前で発見した。</b>	
	通報	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
携帯番号	携帯電話	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		有の場合	電話番号： <b>●●●-●●●●-●●●●</b>	
	GPS機器	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			契約者名： <b>尼崎 太郎</b> 電話会社： <b>●●社</b>	
介護保険被保険者番号(10桁)	<b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0</b>					
要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 〃2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input checked="" type="checkbox"/> 〃2 <input type="checkbox"/> 〃3 <input type="checkbox"/> 〃4 <input type="checkbox"/> 〃5 <input type="checkbox"/> 申請中 ⇒ 申請者 ( ) 本人との続柄 ( )					
担当ケアマネ	【事業所名】 <b>●●居宅介護支援事業所</b> 【連絡先Tel】 <b>●●-●●●●-●●●●</b> 【担当者名】 <b>●●ケアマネジャー</b>					
【希望する行方不明時の発見協力依頼先】※広域的な発見協力依頼の発信については、ご相談させていただきます。						
尼崎市で発見協力依頼する団体	<input checked="" type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 一部(市・警察等の公的機関)					
広域的な発見協力を要する場合の依頼先	<input type="checkbox"/> 依頼しない <input type="checkbox"/> 兵庫県下 <input checked="" type="checkbox"/> 近畿 <input type="checkbox"/> 全国					

1 届出事項に変更がある場合(特徴、身体状況、転居など)は、ご報告をお願いします。 (令和3年4月 改定版)  
2 この情報は、SOSネットワークおよび尼崎市認知症高齢者等個人賠償責任保険以外の目的に使用することはありません。

**\*受付者記入欄**

担当地域 包括支援センター名	地域包括支援センター	住所地の 所管警察署	<input type="checkbox"/> 尼崎南警察 <input type="checkbox"/> 尼崎東警察 <input type="checkbox"/> 尼崎北警察
-------------------	------------	---------------	--

