

別記

様式第1号（第3条関係）

栗東市認知症高齢者等事前登録申請書  
（兼栗東市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書）

年 月 日

栗東市長 様

（申請者） 住 所  
氏 名  
登録対象者との続柄（ ）  
連絡先 TEL ー

次のとおり事前登録を申請いたします。

1 登録対象者（保険加入希望者）の状況

ふりがな						
氏名		(旧姓)	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
住所	栗東市			電話		
世帯構成	1. ひとり暮らし 2. 高齢者世帯 3. 子どもの同居 4. その他 ( )					
特徴	身長	c m		体重	k g	
	体格	痩せぎみ ・ ふつう ・ 太りぎみ				
	頭髪			眼鏡	なし・あり ( )	
	歩き方	歩行器・杖の使用 なし ・ あり		移動手段	徒歩 ・ 自転車 車 (ナンバー )	
				交通機関	(バス、タクシー、電車等) 使える ・ 使えない	
	名前	言える ・ 言えない		住所	言える ・ 言えない	
※特記事項（出身地・よく行く場所・持ち歩くもの、保護時に注意してほしいことなど）						
過去の所在不明歴	なし・あり (いつ： 発見場所： )					
ケアマネジャー	事業所名：		担当：	TEL：		
かかりつけ医療機関	医療機関名：		医師：	TEL：		
	病名等					

2 緊急時の連絡先

連絡先1	氏名	(続柄： )	TEL
	住所		
連絡先2	氏名	(続柄： )	TEL
	住所		
連絡先3	氏名	(続柄： )	TEL
	住所		

登録情報の 事前の 情報提供	・草津警察署への情報提供	(必須)	○
	・担当圏域地域包括支援センターへの情報提供	(必須)	○
	・担当民生委員への情報提供	(任意)	
行方不明時の 公開搜索の 意向	・他市への情報公開	(任意)	
	・市ホームページ、フェイスブックへの掲載	(任意)	
	・防災無線で放送、防災・防犯情報配信システム登録者へのメール配信	(任意)	
	・市内介護サービス事業所、救急指定病院への情報提供	(任意)	
	・民間協力事業所（宅配業者、コンビニ等）への情報提供	(任意)	
	・消防団への搜索協力要請	(任意)	

上記のとおり市及び関係協力機関に情報提供することについて、同意します。

(申請者)

印

備考 登録対象者の全身写真及び顔写真を添付してください。

- 対象要件及び内容確認のために、必要に応じて住民基本台帳、要介護認定又は要支援認定に係る調査結果並びに介護認定審査会による判定結果及び意見並びに主治医意見書の内容又は基本チェックリストの結果等について栗東市が確認します。
- 登録事項（特徴、連絡先等）に変更・変化が生じた場合は変更届（別記様式第3号）を速やかに提出ください。
- 行方不明が発生した場合、公開搜索の意向や公開する情報の範囲について、ご家族に確認し、同意のもと情報提供を行います。

(認知症高齢者等個人賠償責任保険に同時に申し込む場合)

- ・保険の対象者となることに必要な個人情報（氏名・性別・住所・生年月日・電話番号）、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、保険会社及び受付窓口と栗東市が共有します。
- ・登録事項（特徴、連絡先等）に変更が生じた場合は変更、廃止届（別記様式第3号）を速やかに提出ください。

【保険加入希望者の署名又は記名押印】

年 月 日

【代筆者の署名又は記名押印】

(続柄 )

※保険加入希望者本人が記入できない場合、家族等が保険加入希望者氏名を代筆し、代筆者の氏名及び保険加入希望者との続柄を記入してください。

- ・この申請書により収集した情報は、栗東市認知症高齢者等事前登録事業（及び栗東市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業）以外の目的に使用することはありません。

【申請者がケアマネジャー又は地域包括支援センター職員である場合の理由】

- 本人以外の申請できる者がいない。  本人以外に申請できる者がいるが、遠方又は概ね1年以上交流がなく、申請手続が困難である。  その他の理由（ ）

以下は市で記入します。

添付資料	<input type="checkbox"/> 全身写真 <input type="checkbox"/> 顔写真	住基	有 ・ 無
同意欄	<input type="checkbox"/> 申請者の記名・押印	登録番号	栗東-
保険申請者	<input type="checkbox"/> 保険加入希望者の署名又は記名・押印	<input type="checkbox"/> 申請時刻（ 時 分）	