様式第１号（第５条関係）

**大野市高齢者等ＳＯＳネットワーク登録申請書**

　次のとおり登録の申請をいたします。登録の内容を大野市及び大野警察署に情報提供すること、行方不明等発生時には、様式第２号「支援依頼書」により、ＳＯＳネットワークの協力機関に情報提供を行うことについて同意します。

**【申請者（同意者）】**申請日：　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな**  **氏　　名** |  | **本人との続　　柄** |  |
| **住　　所** |  | | |
| **電話番号**  **（自宅）** |  | **電話番号**  **（携帯）** |  |

**【対象者】**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな**  **氏　　名** | (：　　　　　　　　　　） | | | | **性 別** |
| 男  ・  女 |
| **生年月日（年齢）** | 年　　　月　　　日（　　　　歳） | | | | |
| **住　　所** |  | | | | |
| **電話番号** |  | | | | |
| **特徴**  　※捜索の参考  　　となる情報 | 【身長】　　　 ｃｍくらい | | | 【体型】やせ型 ・ 中肉 ・ 太り気味 | |
| 【 髪 】長髪　・　短髪　（　黒髪　・　白髪　・　茶髪　・金髪　） | | | | |
| 【癖など】 | | | | |
| 【その他】 | | | | |
| **装用品・持ち物** | 【めがね】　あり　・　なし　　（色・形　　　　　　　　　　　）  【その他】 | | | | |
| **認知症** | 有　・　無 | **名 前** | 言える　・　言えない | | |
| **住 所** | 言える　・　言えない | | |
| **特記事項**  　※捜索の参考  　　となる情報 |  | | | | |
| **かかりつけ医** | 医療機関名：　　　　　　　　　　医師名： | | | | |
| **担当ケアマネ** | 事業所名：　　　　　　　　　　　ケアマネ名： | | | | |

本人の特徴がわかる写真として、「全身写真」及び「顔写真」を提出してください。

写真

（写真裏面に氏名記入のこと。）

写真

（写真裏面に氏名記入のこと。）