

登録番号	
包括	( )
民生委員	( )

様式第1号（第8条関係）

## 豊田市徘徊高齢者・障がい者等事前登録申請書

豊田市長 様

【申請者(家族等)】

申請日 年 月 日

フリガナ 氏名	対象者との続柄		
住所 〒	電 話	自宅	携帯

【緊急連絡先】

緊急連絡先①	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 続柄：	電 話	自宅 携帯
	住所			
緊急連絡先②	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 続柄：	電 話	自宅 携帯
	住所			

【対象者】

氏名	フリガナ	男・女	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日（満 歳）	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
本人の 特徴	身長	cm	体格	痩せ・普通・中肉・太め
	頭髪		眼鏡	有・無
その他外見 の特徴	例) 杖をついている。シルバーカーを押している。			
本人の 状況	各項目の該当する項目に印を付けてください。			
	1	自分の名前を	<input type="checkbox"/> 言える	<input type="checkbox"/> 時々言える <input type="checkbox"/> 言えない
	2	自分の住所を	<input type="checkbox"/> 言える	<input type="checkbox"/> 時々言える <input type="checkbox"/> 言えない
	3	これまで家に戻れなかったことが	<input type="checkbox"/> ある	( 回位) <input type="checkbox"/> ない
	4	よく出かける場所（例：〇〇スーパー、〇△公園）		
5	認知症の診断の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	※有の場合、時期（ 頃）			
	医療機関（ ）、主治医（ ）			

写 真

※写真裏面には対象者の氏名・年齢を記載してください。

撮影

年 月 頃

事前登録制度の利用における同意事項の確認

- 1 事前登録をした対象者の情報を、**警察、消防**、民生児童委員及び地域包括支援センターへ提供し、あらかじめ情報共有することに同意します。
- 2 対象者が行方不明となり、利用者が豊田市に発見協力の依頼をした際には、豊田市が、警察・消防・地域住民・「かえるメールとよた」配信制度の協力者、福祉関係等の協力機関（※）へ対象者の情報を開示することに同意します。  
（※）ひまわりネットワーク視聴者、エフエムとよた視聴者を含みます。

年 月 日 署名（申請者）

【豊田市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請】

対象者：「徘徊高齢者・障がい者等事前登録制度」の対象者のうち、他に同様の保険に加入していない方

申請します ・  申請しません

加入に当たり必要な個人情報（氏名・性別・生年月日・住所）、保険金の請求にかかる事故の状況等に関する情報について、当該保険会社と豊田市が共有することについて同意します。  
また、事故が起き、損害賠償請求された場合、速やかに豊田市に事故報告します。

年 月 日 署名（申請者）