様式第1号（第４条関係）

阿久比町高齢者おかえりサポート事業登録申請書

年　　月　　日

阿久比町長殿

住所

申請者　氏名

電話番号

対象者との関係

阿久比町高齢者おかえりサポート事業について、下記のとおり登録を申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　所 |  |
| ふりがな氏　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　月　日生 | 年　齢 | 　　歳 |
| 登録を希望する理由 |  |
| 備考 |  |

添付書類

・様式第２号（阿久比町高齢者おかえりサポート事業登録票）

注）裏面の同意書にも署名をしてください。

**同意書**

|  |
| --- |
| ○情報の収集について私は、認知症状の有無を確認するため、対象者の介護保険における要介護認定時の主治医意見書等を職員が閲覧することに同意します。○情報提供等について私は、対象者が本事業を利用することに同意します。また、登録後には、この情報を阿久比町が管理すること、登録者の介護保険に関する情報について阿久比町が保険者から提供を受けること、登録者の捜索が必要になった場合に登録者に関する情報や行方不明となった状況について阿久比町が関係機関（警察署、阿久比町地域包括支援センター、民生委員、地域見守り包括協定締結事業所）、行方不明者情報メール登録者等に情報提供すること及び登録者が保護された場合は速やかに引き取り、その安全を確保することに同意します。○個人賠償責任保険について私は、阿久比町が契約する個人賠償責任保険への加入に同意します。加入にあたり必要な個人情報(氏名・性別・生年月日・住所・連絡先氏名及び連絡先)、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、阿久比町と当該保険会社が共有することについて同意します。また、事故があった場合、速やかに阿久比町及び保険代理店に事故について報告します。　　　年　　月　　日　　　氏名（自署）　　　　　　　　　（対象者との関係　　　　　） |

阿久比町記入欄（受付者：　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 対象確認 | □診断書□介護保険主治医意見書□職員による確認（チェックリスト）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 登録番号 |  | 地区担当民生委員 |  |
| 特記事項 | 受付印 |