

(あて先)三 鷹 市 長

住所

連絡先

続柄

1 利用者の情報

利用者情報	フリガナ		生年月日
	氏名		
	住所	三鷹市	
	連絡先	自宅	携帯
	世帯構成	☐ 独居 ☐ 家族と同居 ※ ☐ 配偶者・パートナー ☐ 子 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他()	
	要介護度	☐ 未申請 ☐ 自立 ☐ 要支援() ☐ 要介護()	
	認知症の診断の有無	☐ 無 ☐ 有	
	有の場合	病院名[] 診断時期[年 月頃]	
ひとり歩き の状況	※該当する項目にチェック ☐ 外出して自宅に戻れなかったことがある(いつ頃: 回数:) ☐ 慣れているところで迷うことがある ☐ 地域外まで移動する可能性がある(移動手段: 徒歩 自転車 バス) ☐ その他 		

(裏面あり)

2 連絡先の情報

第1 連絡先	フリガナ		続 柄
	氏 名		
	住 所		
	連絡先	自 宅	携 帯
	メールアドレス		
第2 連絡先	フリガナ		続 柄
	氏 名		
	住 所		
	連絡先	自 宅	携 帯
	メールアドレス		
第3 連絡先	フリガナ		続 柄
	氏 名		
	住 所		
	連絡先	自 宅	携 帯
	メールアドレス		

3 交付決定後のシール等郵送先(○をつけてください)

申請者 第1連絡先 第2連絡先 第3連絡先

4 三鷹市認知症高齢者等個人賠償責任保険(みたか認知症あんしんプラン)への加入について

☐ 加入します※

☐ 加入しません

5 調査や情報提供等に関する同意

三鷹市認知症ひとり歩き高齢者等見守りシールを利用するに当たり、以下のことに同意します。

- ☐ 市が有する利用者の住民情報や介護認定に係る情報を市職員が確認すること。
- ☐ 利用者の早期発見及び事故の未然防止のために、必要な範囲で市がこの申請書の内容及び通知システムへの登録情報について高齢者なんでも相談センター(地域包括支援センター)や警察、ケアマネジャー等介護関係者などの関係機関へ情報提供すること。
- ☐ 市職員が事業の利用状況について閲覧すること。
- ☐ 登録されている連絡先に、事業についての状況を確認すること。

※三鷹市認知症高齢者等個人賠償責任保険(みたか認知症あんしんプラン)への加入を希望する場合は、以下のことについても同意します。

- ☐ 申請者は予め利用者に本事業の同意を得ること。
- ☐ 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、保険会社と市が共有すること。
- ☐ 市と契約した保険会社が定める約款、特約条項等で免責とされる事故については補償の対象とされない場合があること。

署名(申請者)

***** 事務処理欄(以下は、記入しないでください。) *****

受 付 印		課長	係長	係	利用	利用者ID
					1 承認	
					2 不承認	利用承認通知発送
						年 月 日