様式第5号（第7条関係）

**平群町認知症高齢者等ＳＯＳネットワークによる支援要請兼同意書**

平群町認知症高齢者等ＳＯＳネットワーク事業を利用するにあたり、次のとおり支援を要請します。

下表の希望する支援内容に☑を入れてください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 支援の内容 | 要請 |
| 1 | **平群町防災無線により、登録情報を町内全域へ放送する**  【希望する情報内容】  □氏名　□住所　□年齢　□身体的特徴　□服装や持ち物 |  |
| 2 | **平群町防災メールにより、登録情報を配信する**  【希望する情報内容】  □氏名　□住所　□年齢　□身体的特徴　□服装や持ち物 |  |
| 3 | **平群町認知症高齢者等ＳＯＳネットワーク構成員に対し、登録情報を提供する**  【希望する情報内容】  □氏名　□住所　□年齢　□身体的特徴　□認知症状の情報　□写真　□服装や持ち物 |  |
| 4 | **奈良県へ情報提供・捜索依頼　　　□県内市町村　　□他都道府県**  奈良県へ依頼をした場合、□行政担当窓口　□地域包括支援センター  □ＳＯＳネットワーク参加団体　□管内介護保険事業所等　□不特定多数の住民  【希望する情報内容】  □氏名　□住所　□年齢　□身体的特徴　□認知症状の情報　□写真　□服装や持ち物 |  |

また、発見・保護時などにおいて、医療機関や介護事業所等と連携を図る必要がある場合は、登録情報を関係機関等で共有する事に同意します。

**行方不明時の状況**

　　いつ・どこから等

服装

持ち物

　　年　　月　　日

本人氏名

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄

申請者住所

申請者連絡先