

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】 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 身体的特徴 <input type="checkbox"/> 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】 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 身体的特徴 <input type="checkbox"/> 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】 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 身体的特徴 <input type="checkbox"/> 認知症状の情報 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 服装や持ち物	
4	奈良県へ情報提供・検索依頼 <input type="checkbox"/> 県内市町村 <input type="checkbox"/> 他都道府県 奈良県へ依頼をした場合、 <input type="checkbox"/> 行政担当窓口 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> SOSネットワーク参加団体 <input type="checkbox"/> 管内介護保険事業所等 <input type="checkbox"/> 不特定多数の住民 【希望する情報内容】 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 身体的特徴 <input type="checkbox"/> 認知症状の情報 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 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