

各務原市認知症者外出支援事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 各務原市長

申請者 住 所
氏 名
対象者との関係 ()
電話番号

各務原市認知症者外出支援事業の利用について、下記のとおり申請します。

記

対象者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所		電話番号		
介護者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日	
			電話番号		
	住 所		対象者との関係		
緊急時連絡先	第1 連絡先	ふりがな 氏 名		電話番号	
		住 所		対象者との関係	
		電子メールアドレス	@		
	第2 連絡先	ふりがな 氏 名		電話番号	
		住 所		対象者との関係	
		電子メールアドレス	@		
	第3 連絡先	ふりがな 氏 名		電話番号	
		住 所		対象者との関係	
		電子メールアドレス	@		
個人賠償責任保険			加入します	加入しません	

上記の対象者及びその介護者は、裏面の同意書に署名してください。

同意書

各務原市認知症者外出支援事業の利用に当たり、下記の事項に同意します。

- 1 対象者が行方不明となった場合に、管轄の警察署、消防署、各務原市地域包括支援センター等関係機関に個人情報を提供すること。
- 2 対象者の介護保険の要介護認定等に関する資料のうち、主治医の意見書及び認定調査票を本事業の利用決定の審査に当たり各務原市が閲覧すること。
- 3 対象者が行方不明になったときは、介護者は捜索に協力し、対象者が保護されたときは、速やかに対象者の安全を確保するよう努めること。
- 4 見守りシールは、早期発見及び保護を確約するものではないこと。
- 5 天災等の不可抗力やサービスの機能点検により、認知症高齢者保護情報共有サービス（以下「見守りシステム」という。）が中断し、保護情報の提供が行えない場合があること。
- 6 本申請の内容に変更が生じたとき、対象者が死亡、市外転出又は施設入所したとき、その他本事業の利用を辞退するときは、速やかに各務原市へ届け出ること。
- 7 見守りシールを本事業の利用目的以外で使用、譲渡、販売及び改ざんをしないこと。
- 8 行方不明となった対象者に係る適切な支援を行うため、見守りシステムの通信状況等を各務原市が確認すること。

（以下、個人賠償責任保険に加入する場合）

- 9 保険の加入に必要な対象者の個人情報（氏名、住所、生年月日、年齢及び電話番号）を、各務原市が保険会社に提供すること。
- 10 各務原市と契約した保険会社が定める約款及び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。
- 11 保険適用期間終了前に各務原市から更新の希望等を照会する連絡があるため、これに回答すること（回答がない場合は、更新ができません。）。

(宛先) 各務原市長

年 月 日

対象者氏名

介護者氏名

_____)
対象者との続柄 ()

【市記入欄】

確認欄	<p>1. 居住地 (□在宅)</p> <p>2. 認知症の確認</p> <p><input type="checkbox"/> 医師による認知症を証明する診断書等</p> <p><input type="checkbox"/> 要介護認定の主治医意見書 認知症高齢者の日常生活自立度 (I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M)</p> <p><input type="checkbox"/> 要介護認定の認定調査票 認知症高齢者の日常生活自立度 (I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M)</p> <p><input type="checkbox"/> 市長が必要と認めた場合</p> <p>()</p>
-----	--