様式第１号（第３条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（その１）

豊能町・能勢町認知症高齢者等SOSネットワーク利用申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 |  | 同居家族 | 住　　所  （又は所在地） |  |
|  | 別居家族 | 氏　　名  （又は事業所名） |  |
|  | ケアマネジャー等 | 対象者との続柄  （親族の場合） |  |
|  | その他  （　　　　　　　　） | 電話番号 | 自　宅 |
| 携　帯 |
| 事業所 |

豊能町長　　様

能勢町長　　様

　豊能町・能勢町認知症高齢者等SOSネットワークの利用を申請し、下記の事項に同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | | フリガナ |  | 性別 | 生 年 月 日 | |
| 氏　名 |  | 男・女 | 明・大・昭・平  　　年　　月　　日（　　歳） | |
| 住　所 | 電話番号　　　　　（　　　　　） | | | |
| 希望するものに○を付けてください | | | | | | |
| NO | 利　用　内　容 | | | | | ○を付ける |
| １ | 大阪府認知症等高齢者の行方不明時広域発見連携要領に基づき対象者の情報を提供し、広域発見協力要請する。 | | | | |  |
| ２ | 豊能町・能勢町認知症高齢者等SOSネットワーク協力機関（町内民生委員・児童委員協議会等）に対象者の情報を提供する。 | | | | |  |

　※対象者の早期発見、安全確保のために大阪府豊能警察署に必要な情報を提供します。

　※対象者の発見時の状態が保護又は医療を要する場合、社会福祉施設又は医療機関に必要な情報を提供します。

　※ＳＯＳネットワークは、ご本人の早期発見に向けた事業ですが、必ずしも発見することを保証するものではありません。