

様式第1号（第5条関係）

福島市認知症高齢者等お帰り見守り事業利用申請書・同意書

令和 年 月 日

福島市長

次のとおり事業を利用したいので申請します。

利用者	ふりがな 氏 名	ふくしま たろう 福島 太郎	性別	男・女
	生年月日	S15年 1月 1日（●●歳）		
	住所	〒960-8601 福島市五老内町3-1		
	電話	024-▲▲▲-▲▲▲▲		
利用者情報	福島市認知症高齢者等お帰り見守り事業登録情報書（様式第2号）に記入します。			

【支援者（代表者）の情報】

※支援者（代表者）は主にご親族になります。身元確認QRコードシステム委託業者からの連絡先、QRコード等の送付先になりますので必ず記入してください。

ふりがな 氏 名	ふくしま いちろう 福島 一郎	本人との 関係	長男
住所	〒960-8002 福島市森合町10-1		
電話	090-□□□□-□□□□		

福島市認知症高齢者等お帰り見守り事業の登録に関して、裏面の事項に同意します。

☐ チェック

同意します

☐ 同意しません

※代理記入の場合は、本人、親権者、法定代理人等が申請することに同意していることを確認してください。

登録番号：

同意事項

- 1 支援者（代表者）は、緊急連絡先に登録している支援者（親族等）と担当の居宅介護支援事業所もしくは地域包括支援センターに、申請内容を伝えること。
- 2 支援者（代表者）は、緊急連絡先に登録している支援者（親族等）に対し、対象者が行方不明等になった際は、別紙「行方不明者捜索時対応フローチャート」を参考に行動し、保護の連絡等があった場合は、速やかに対象者を迎えに行く等の対応をするよう依頼すること。
- 3 市が、登録情報について、身元確認QRコードシステム委託業者へ提供すること。
- 4 市が、登録情報を保管するとともに、福島警察署、福島北警察署、お住いの地区の地域包括支援センターに事前に提供すること。
- 5 市は、利用者が行方不明時に親族等より依頼があった場合、登録情報を市内地域包括支援センター、市内居宅介護支援事業所、地域見守りネットワーク事業協定事業所へ提供すること。また、必要に応じて消防団、救急、医療機関等の関係機関へ提供すること。

（以下、福島市記入欄）

送付確認欄

申請者 (様式第3号)	支援者 (様式第4号)	身元確認QRコード システム委託業者 (様式第6号)	担当圏域地域包括支援 センター (様式第1号・2号の写)	福島警察署 福島北警察署 (様式第1号・2号の写)

様式第2号（第5条関係）

登録番号：

福島市認知症高齢者等お帰り見守り事業登録情報書

ふりがな	ふくしま たろう			性別	男・女
利用者氏名	福島 太郎 (旧姓：)				
生年月日	S 1 5 年 1 月 1 日 (●●歳)				
住所	現住所：福島市五老内町 3 - 1 実家の住所：福島市松木町 1 - 7				
電話番号	0 2 4 - ▲▲▲ - ▲▲▲▲				
家族構成	氏名 福島花子 (8 0 歳) 続柄 (妻) 同居・別居 氏名 福島一郎 (5 0 歳) 続柄 (長男) 同居・別居 氏名 福島春子 (5 0 歳) 続柄 (長男嫁) 同居・別居				
身体状況	身長： 1 6 5 c m		体重： 5 8 k g	体格： 肥満・中肉・瘦身	
	眼鏡：有・無		頭髪の特徴：白髪		
	目立つ特徴・口癖など：腰が曲がっている、黒い腕時計をしている				
病名		医療機関名	主治医氏名	電話番号	
アルツハイマー型認知症		■■■■■医院	▲▲▲先生	●●●-●●●●	
過去の病気					
介護保険	要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 申請中 未申請 ケアマネジャー (氏名) 鈴木 ★★子 (事業所名) 長寿居宅介護支援事業所 電話：★★★★-★★★★				
障害者手帳	(無) ・ 有 (手帳 種 級)				
よく行くところ	近所の●●スーパー、実家、▲▲理容店、兄弟宅 (福島市新町●●-●)				
行動方法	(徒歩) ・ 自転車 ・ 自家用車 ・ バス ・ 電車 ・ タクシー (会社名：) その他 ()				
1人で外出し てしまう頻度	☐ ほとんど毎日 ☐ 週に1～2回 ☐ 月に1～2回 ☒ 今のところないが、可能性がある				
外出時、道に迷ったり自宅に帰れないことがある。 はい ☒ いいえ ☐					
1人で外出してしまったことがある場合、その時の状況を記入してください。 朝方散歩に行くと出かけたが昼になっても戻ってこず。家族で搜索したところ、松木町にある実家付近で本人を発見。					
身分証明書等 の所持	無 ・ (有) (種類：保険証 通帳 身に着けている場所：鞆の中)				

登録番号：

認知機能の状況				
1. 氏名	☐ 言える	☒ 時々言えない	☐ 言えない	
2. 住所	☐ 言える	☐ 時々言えない	☒ 言えない	
3. 生年月日	☐ 言える	☐ 時々言えない	☒ 言えない	
4. 意思の伝達	☐ 意思を他者に伝達できる	☒ 時々伝達できる	☐ ほとんど伝達できない	☐ できない
5. 日常の意思決定	☐ できる	☒ 特別な場合を除いてできる	☐ 日常的に困難	☐ できない

【支援者】駆けつけ可能か、連絡のみ協力可能かに○を付けてください。

(○) () 駆けつけ可能	ふりがな	ふくしま いちろう		利用者との関係	長男
	氏 名	福島 一郎	男・女	家の鍵預かり	有・無
	住 所	〒960-8002 福島市森合町10-1			
	電話番号	①自宅 ②携帯 090-□□□□-□□□□			
	勤務先	勤務先名 株式会社 電話番号 535-□□□□			
(○) () 駆けつけ可能	ふりがな	ふくしま はるこ		利用者との関係	長男嫁
	氏 名	福島 春子	男・女	家の鍵預かり	有・無
	住 所	〒960-8002 福島市森合町10-1			
	電話番号	①自宅 ②携帯 080-△△△△-△△△△			
	勤務先	勤務先名 福島市役所 電話番号 535-△△△△			
() (○) 駆けつけ可能	ふりがな	まつかわ なつこ		利用者との関係	長女
	氏 名	松川 夏子	男・女	家の鍵預かり	有・無
	住 所	〒964-0000 二本松市00字001-1			
	電話番号	①自宅 0243-00-0000 ②携帯 090-0000-0000			
	勤務先	勤務先名 0000(株) 電話番号 0243-00-0000			

※支援者には2名以上の記入をお願いします。

また、1名以上は駆けつけ可能な支援者の記入をお願いします。

《写真添付》

直近3か月以内の、**全体写真1枚、顔写真1枚**の計2枚を貼付してください。

※全体写真は、顔がはっきり写っているもの、外出するときの姿（杖をついている、押し車を押している、お気に入りの帽子や服を着ているなど）

※サイズの指定はありません



写真は、**オンライン申請**での提出も可能です。

右の QR コードを読み込むか、福島市ホームページ「福島市認知症高齢者等お帰り見守り事業 写真オンライン申請」から申請しご提出ください。

【利用者名 **福島 太郎**】

全体写真を貼付してください

顔写真を貼付してください