

登録番号					
------	--	--	--	--	--

宇治市長 あて

申請日： 年 月 日

# 宇治市高齢者等SOSネットワーク登録申請書

○登録者の情報

フリガナ氏名	フリガナ(旧姓)	性別	男・女	写 真
生年月日	年 月 日			
住 所	宇治市			
電話番号				
身 長	cmくらい	体 重	kgくらい	
体 型	肥 ・ 小肥 ・ 中肉 ・ やせ			
めがね	有 ・ 無 （レンズの色： 縁の色： ）			
頭 髪	長髪・短髪・その他（ ）（色： ）			
よく行く場所・方面				
かかりつけ医	(医療機関名) (主治医名)			
担当ケアマネジャー	(事業所名) (ケアマネジャー名)			

(\*撮影日がわかれば記入)

●情報提供に係る同意

行方不明発生時に所管警察署との円滑な情報共有を図るため、上記の情報について、事前に所管警察署に情報提供することに同意します。

●情報提供に係る同意

行方不明時の発見のため、上記の情報を基に「行方不明高齢者等発見協力依頼書」を作成し、官公署、地域包括支援センター、行方不明者の発見に協力する団体に対し提供することに同意します。

●情報提供の希望範囲（希望箇所複数に○）

地域の範囲	機関等の範囲
宇治市内	行政機関
京都府内	地域包括支援センター
他府県の隣接市町村	SOSネットワーク（民間事業所等含む）
近畿府県（福井県、三重県、滋賀県、大阪府、兵庫県、奈良県）	
全国	

（家族等の場合）

○申請者（同意者）

事前登録すること及び情報提供することについて登録者本人の同意を得ています。

フリガナ氏名		続 柄	
住 所	〒		
電話番号（自宅）		電話番号（携帯電話）	

(宇治市記入欄)

○事前登録申請書受け取りについての確認

・持参された方の情報

氏名	( )・ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
続柄	( )・ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
連絡先	( )・ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
シール等一式	<input type="checkbox"/> 交付済 (番号記載 )・ <input type="checkbox"/> 未交付
G P S	<input type="checkbox"/> 登録済 ・ <input type="checkbox"/> 申請済 ・ <input type="checkbox"/> 申請予定 ・ <input type="checkbox"/> 案内済 ・ <input type="checkbox"/> 希望されず
備考	