

年 月 日

三 原 市 長 様

〒
申請者 住所 _____
氏名 _____
登録者との続柄（ ）
電話番号 _____

三原市認知症高齢者等事前登録（再登録）申請書兼台帳

三原市認知症高齢者等事前登録事業実施要綱第 5 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

登 録 者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	年 月 日 (歳)	
	住所	〒	
	電話番号		
	世帯構成	独居 ・ 高齢者世帯 ・ その他の世帯	
	介護認定	要支援（ ） ・ 要介護（ ）	
	第 1 連絡先	氏名	登録者との関係（ ）
		住所	
		連絡先	(自宅) (携帯)
	第 2 連絡先	氏名	登録者との関係（ ）
		住所	
		連絡先	(自宅) (携帯)
	第 3 連絡先	氏名	登録者との関係（ ）
		住所	
連絡先		(自宅) (携帯)	
かかりつけ医	医療機関名		
	医師名		
担当 ケアマネジャー	事業所名		
	氏名		

- ・ 現在の本人の特徴が分かる写真を申請書と一緒に提出してください。
（写真の裏面に氏名、住所を記入してください。）

登録者の特徴	住所を言える		言える ・ 言えない			
	氏名を言える		言える ・ 言えない			
	その他認知症状					
	過去の 行方不明歴		有 ・ 無 前回発見場所 ()			
	よく行く場所					
	身長	c m	体型	やせ・普通・肥満	頭髮	
	その他の特徴		(メガネ、歩行状態など)			

認知症高齢者等個人賠償 責任保険への加入	☐ 希望する ☐ 希望しない
-------------------------	--

同意書 事前登録・再登録・保険加入に当たり、次の事項について同意します。 1 三原市が登録情報を管理し、当該情報を担当地域包括支援センターに提供すること。 2 加入要件及び申請内容確認のために、住民基本台帳及び介護認定情報（要介護認定等に係る認定調査結果並びに介護認定審査会の結果及び主治医意見書の内容）を閲覧すること。 3 保険加入を希望する場合、加入に必要な個人情報（氏名、性別、生年月日、住所及び電話番号）及び保険金請求に係る事故の状況等に関する情報について保険会社と三原市が共有すること。 4 保険加入を希望する場合、保険加入に関する手続を三原市が行うこと。 【登録者本人の署名又は記名捺印】 氏名 _____ ⑩ (自署の場合、押印不要)

※担当介護支援専門員又は地域包括支援センター職員記入欄

☐ 現在居宅で生活している。 ☐ 認知症により、行方不明となるおそれがある。 確認先（担当介護支援専門員又は地域包括支援センター職員） 氏名 _____
--

<三原市高齢者福祉課処理欄>

受付日	登録番号	情報提供日

記入例

令和6年 4月 1日

三原市長様

申請者は登録者本人、
4親等以内の親族又は
法定代理人

〒723-8601
申請者 住所 三原市港町3丁目●-●
氏名 三原 太郎
登録者との続柄（子）
電話番号 090-●●●●-●●●●

三原市認知症高齢者等事前登録（再登録）申請書兼台帳

三原市認知症高齢者等事前登録事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

登 録 者	ふりがな	みはら はなこ		
	氏名	三原 花子		
	生年月日	昭和10年 ● 月 ● 日 （89歳）		
	住所	〒723-0003 三原市中之町●丁目●-●		
	電話番号	0848-●●-●●●●		
	世帯構成	独居・高齢者世帯・その他の世帯		
	介護認定	要支援（ ）・要介護（1）		
	第1連絡先	氏名	三原 太郎	登録者との関係（子）
		住所	三原市港町3丁目●-●	
		連絡先	（自宅） （携帯）090-●●●●-●●●●	
	第2連絡先	氏名	三原 次郎	登録者との関係（子）
		住所	三原市本郷町●●●	
		連絡先	（自宅）86-●●●● （携帯）090-●●●●-●●●●	
	第3連絡先	氏名	広島 梅子	登録者との関係（子）
		住所	広島市西区●●5丁目●-●	
連絡先		（自宅） （携帯）090-●●●●-●●●●		
かかりつけ医	医療機関名	ウキシロクリニック		
	医師名	浮城 隆景		
担当 ケアマネジャー	事業所名	ケアプランセンターうきしろ		
	氏名	浮城 竹子		

- ・現在の本人の特徴が分かる写真を申請書と一緒に提出してください。
（写真の裏面に氏名、住所を記入してください。）

登録者の特徴	登録時の状態を記入		言える		・ 言えない	
	氏名を言える		言える		・ 言えない	
	その他認知症状		何度も同じことを言う。実家に帰りたいがる。			
	過去の行方不明歴		(有 ・ 無 前回発見場所 ●●スーパー)			
	よく行く場所		●●スーパー、図書館、三原駅			
	身長	145cm	体型	やせ	普通・肥満	頭髮
その他の特徴		(メガネ、歩行状態など) 外出時は持ち手が紫色の杖を使う。 メガネなし。				
認知症高齢者等個人賠償責任保険への加入			☒ 希望する ☐ 希望しない			

同意書	
事前登録・再登録・保険加入に当たり、次の事項について同意します。 1 三原市が登録情報を管理し、当該情報を担当地域包括支援センターに提供すること。 2 加入要件及び申請内容確認のために、住民基本台帳及び介護認定情報（要介護認定等に係る認定調査結果並びに介護認定審査会の結果及び主治医意見書の内容）を閲覧すること。 3 保険加入を希望する場合、加入に必要な個人情報（氏名、性別、生年月日、住所及び電話番号）及び保険金請求に係る事故の状況等に関する情報について保険会社と三原市が共有すること。 4 保険加入を希望する場合、保険加入に関する手続を三原市が行うこと。	
【登録者本人の署名又は記名捺印】	
氏名 <u>三原 花子</u> ㊞ (自署の場合、押印不要)	

※担当介護支援専門員又は地域包括支援センター職員記入欄

☒ 現在居宅で生活している。 ☒ 認知症により、行方不明となるおそれがある。 確認先（担当介護支援専門員又は地域包括支援セ	担当ケアマネジャーがいない方は、記入不要
氏名 <u>浮城 竹子</u>	

< 三原市高齢者福祉課処理欄 >

受付日	登録番号	情報提供日