

葛飾区おでかけあんしん事業利用届出書(新規・変更・廃止)

葛飾区長あて

記入日 年 月 日

1. どなたが利用しますか。(おでかけあんしんシールを身につける人)

対象者	フリガナ			生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
	氏名							
	住所	葛飾区 丁目 番 号 (アパート・マンション名)						
	電話番号				性別	男 ・ 女		

2. 登録する緊急連絡先を記入してください。

事前に緊急連絡先の方の同意を得たうえで、連絡のつきやすい方から順に記入してください。
原則2人以上記入してください。

緊急 連絡 先	1	フリガナ			関係	電話番号	①
		氏名					②
		住所					
	2	フリガナ			関係	電話番号	①
		氏名					②
		住所					
	3	フリガナ			関係	電話番号	①
		氏名					②
		住所					
	4	フリガナ			関係	電話番号	①
		氏名					②
		住所					
	5	フリガナ			関係	電話番号	①
		氏名					②
		住所					

3. この届出についての問い合わせ先に☑をしてください。

届出者	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先 1	<input type="checkbox"/> その他 → 対象者との関係 ()	
	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先 2		氏名
	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先 3		住所
	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先 4		電話番号
<input type="checkbox"/> 緊急連絡先 5			
<input type="checkbox"/> 対象者本人			

裏面に続きます

収 受

登録番号

4. おでかけあんしん保険(認知症保険)の加入を希望しないときは☑をしてください。

おでかけあんしん事業は利用登録するが、おでかけあんしん保険への加入を希望しない。

5. 認知症の症状を申告してください。

あてはまるものに☑してください。

医師に認知症と診断されている【原則】

→ 認知症であることがわかるものの写しを添付してください。ただし、要介護認定を受けている場合は不要です。区で確認します。

「おでかけあんしん保険チェックリスト」で、該当する項目がある

「おでかけあんしん保険チェックリスト」

○をつけてください

質 問	回 答
① 道に迷って家に帰ってこられなくなることがある	はい : いいえ
② 自分のいる場所がどこかわからなくなることがある	はい : いいえ
③ 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがある	はい : いいえ
④ 5分前に聞いた話を思い出せないことがある	はい : いいえ
⑤ 自分の生年月日がわからなくなることがある	はい : いいえ
⑥ 今日が何月何日かわからないときがある	はい : いいえ

6. 個人情報の取扱いについて、同意の署名をしてください。

同意のない場合は、おでかけあんしん事業の利用登録はできません。

(1) 個人情報の外部提供について

おでかけあんしん事業の目的の達成のため、この利用届出書に記載された個人情報を必要なときに警察署、消防署、医療機関、高齢者総合相談センター（地域包括支援センター）へ情報提供します。

(2) 個人情報の目的外利用について

おでかけあんしん事業の対象者要件である認知症の症状を確認するため、介護保険課が保有する主治医意見書を高齢者支援課が閲覧します。

個人情報保護管理責任者 高齢者支援課長

同意欄 私は、上記6(1)「個人情報の外部提供」及び (2)「目的外利用」について同意します。

対象者
署名 _____ 代筆者 _____ 関係(_____)

※対象者本人が記入できない場合、家族などが対象者氏名を代筆し、代筆者の氏名と対象者との関係を記入してください

事務処理欄

届出書持参:①緊1・2・3・4・5/②本人/③ケアマネ/④包括/⑤他

※③~⑤の連絡先(氏名: _____ TEL: _____)

保険加入希望(無/有 → 保険加入(否/可)

添付資料(無/有: _____)

意見書:(1)自立度(自立/Ⅰ/Ⅱa/Ⅱb/Ⅲa/Ⅲb/Ⅳ/M)/(2)_____/ (3)_____ 確認

チェックリスト:6/5/4/3/2/1/0(点)

C連絡票入力

H連絡票入力

福祉総合システム入力

備考