

年 月 日

福知山市長 様

下記のとおり、福知山市行方不明高齢者等支援事業事前登録を申請します。

フリガナ 氏名		性別	男・女	写真 ※裏面への貼り付けでも可能
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日			
住所	〒 - 福知山市 (自治会名:)			
電話番号	0773- -			
体型	肥 ・ 小肥 ・ 中肥 ・ やせ			
	身長(cm) ・ 体重(kg)			
めがね	有 (レンズ: 縁:) ・ 無			
髪型	長髪 ・ 短髪 ・ その他() ・ 色 ()			
よく行く場所				
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)			
備考				

【裏面あり】

【情報提供の希望範囲(複数選択可)】

地域の範囲		機関等の範囲	
	福知山市		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 (朝来市.丹波市.豊岡市.篠山市)		介護保険事業所等
	隣接府県 (福井県.三重県.滋賀県.大阪府.兵庫県.奈良県)		徘徊SOSネットワーク等
	全国		インターネットによる不特定多数へ公表
	その他		その他

【情報提供に係る同意】

私は、(行方不明者の氏名)の発見のため、官公署、福知山警察署、地域包括支援センター及び地域協力団体による協力機関等(以下「官公署等」とする。)に対して、上記の範囲内にて情報提供することに同意します。(ただし、捜索機関については、この限りでない。)。また、発見のために必要な場合については、官公署等が得た情報を相互に情報提供することについても同意します。

【申請者(同意者)】

フリガナ 氏名				続柄	
住所	〒 —				
電話番号			携帯電話		