

港区認知症高齢者等おかえりサポート事業登録申請書

年 月 日

（宛先）港区長

港区認知症高齢者等おかえりサポート事業実施要綱第5条第1項の規定により、以下のとおり申請します。なお、緊急連絡先の方には、本申請をすることについて同意を得ています。

申請者	住 所		電話番号	
	氏 名		対象者との続柄	

登録者本人	フリガナ		性 別	男 ・ 女				
	氏名		電話番号					
	生年月日	年 月 日 （ 歳）						
	住所	港区						
	介護度	介護認定なし・介護申請中・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2 要介護3・要介護4・要介護5						
	申請理由	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px dashed black;">1. 徘徊がある</td> <td style="width: 50%;">2. 一人での外出に不安がある</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black;">3. 再申請</td> <td>4. その他()</td> </tr> </table>				1. 徘徊がある	2. 一人での外出に不安がある	3. 再申請
1. 徘徊がある	2. 一人での外出に不安がある							
3. 再申請	4. その他()							

原則として、緊急連絡先は二か所登録してください。

緊急連絡先①	フリガナ		続柄	
	氏名		登録者との同居	あり ・ なし
	住所			
	電話番号①	自宅・携帯・その他()		
	電話番号②	自宅・携帯・その他()		
緊急連絡先②	フリガナ		続柄	
	氏名		登録者との同居	あり ・ なし
	住所			
	電話番号①	自宅・携帯・その他()		
	電話番号②	自宅・携帯・その他()		

※キーホルダー及び身元確認シールの送付先について、「申請者」「登録者」「緊急連絡先①」「緊急連絡先②」の中から選択し、○で囲ってください。

その他の送付先を希望する場合は、欄外に記載してください。

※裏面に続きます。

< 受付印 >

以下の情報提供同意欄にご署名ください。

【情報提供同意欄】

私は、この申請書に記載した情報について、区がこの事業の趣旨に基づき必要であると判断した場合に、委託業者、警察署、消防署、医療機関、高齢者相談センター（地域包括支援センター）、保険会社等へ情報提供することに同意します。

本人署名

代筆者氏名

_____（続柄 _____）

※本人が署名できない場合は、本人の了解を得て、家族等が本人署名欄を代筆の上、代筆者氏名も記入してください。

認知症高齢者等賠償責任保険への加入について

認知症高齢者等賠償責任保険の加入希望についてどちらかにをしてください。

加入する

加入しない

保険加入希望の方のみ、以下の項目にご回答ください。

認知症の症状について、①または②のどちらかにしてください。

おかえりサポート保険（認知症保険）の加入にはどちらかにが必須です。

①「おかえりサポート保険チェックリスト」で、1つ以上該当する項目がある。

次の「おかえりサポート保険チェックリスト」に○をつけてください。

質問	回答	
①道に迷い家に帰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なのか分からなくなることがある	はい	いいえ
③財布や鍵など、物を置いた場所が分からなくなる	はい	いいえ
④5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周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされる	はい	いいえ
⑥今日が何月何日か分からないときがある	はい	いいえ
⑦言おうとしている言葉が、すぐに出てこないことがある	はい	いいえ

②医師に認知症と診断されている。

認知症であることが分かるものの写しを添付してください。（例、医師の診断書等）