

神戸市高齢者安心登録事業登録変更・更新届（ 変更 ・ 更新 ）

神戸市長 宛

私は、利用規約に同意したうえで、変更・更新の届出をします。

【注意事項】本登録の有効期間は登録日より2年間です。**期間経過後、利用者が更新しない場合、神戸市が登録情報を全て廃棄します。**

登録番号：

みまもりシール番号：

更新日： 年 月 日

【利用者情報】※は必ず記入してください。該当するところに○をつけてください。

氏名※	(ふりがな)			顔写真(直近のもの)	
生年月日※	明・大・昭 年 月 日 (歳)				
性別※	男 ・ 女 (旧姓：)				
郵便番号・住所※	〒				
電話番号※	自宅： 携帯：			全身写真(直近のもの)	
緊急連絡先	氏名	(続柄：)			
	住所	〒			
	☎				
氏名・写真の配信※	氏名 (姓のみ) ☐ 同意する 写真 ☐ 同意する ※チェックが無い場合は氏名、写真の配信はしません				
散歩のルート、よく行く店、場所※					
以前の居住地※					
身体的特徴等	身長	cm	わかりやすい特徴		
	体重	kg			
	体型	肥・小肥・中肉・痩せ		ほくろの位置	
	顔の形	△・▽・○・□・○			
	顔色	白・青白・普通・浅黒・赤		その他	
	眼鏡	有・無・時々使用		行動等の特徴	
	頭髮			なまり	
	血液型	A・B・AB・O・不明		対話癖	
	歯	全入歯・部分入歯・自歯・歯なし		歩行	独歩・杖歩行・シルバーカー・歩行器
	足のサイズ	cm		趣味・嗜好	
過去に道に迷ったことがあるか	有 (回) (時期) (どのように帰ったか：) 無				

【行方不明時メール配信を依頼する人】

警察署へ行方不明者届を提出後、メール配信依頼を受け付けます。

メール配信依頼者を特定する場合のみ、以下に記入してください。

《注意》下記に記載された方に、行方不明時の通報の義務を課すものではありません。

氏名	(ふりがな：)	続柄	
☎	自宅：	携帯：	

【利用サービス等の情報】

要介護度	要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5、申請中、未申請
担当ケアマネ	事業所名： 氏名： 連絡先：
利用サービス	有・無

【みまもりシール】※認知症と診断された方が対象

シールの交付の希望	有・無 ※既に送付した方には送付いたしません。
シールの送付先	本人・緊急連絡先

認知症の診断について
(シールの交付の希望有の場合は、以下のどちらかにチェックを入れてください。)

☐ 認知症神戸モデルを利用した

①市の診断助成制度で認知症と診断された

②市の診断助成制度以外で認知症と診断され、事故救済制度に加入している

※神戸市において診断の結果を確認しますのでご了承ください。

☐ 認知症神戸モデルを利用していない→認知症の診断書(所定の様式)を提出してください。※診断書料は自己負担となります

【情報提供意思確認】

私は、下記の全項目について同意します。

☐ 利用者の情報を日頃から把握しておくため、事前登録情報を神戸市、神戸市が業務を委託した事業者、管轄のあんしんすこやかセンター、市内警察署(警察署には利用者情報のみ)で情報共有することに同意します。

☐ 行方不明時において早期発見活動を行うため、メール配信依頼をされた場合、生年月日、住所、電話番号を除く利用者情報(※1)や行方不明情報を市内の捜索協力者(※2)にメールで情報発信し、発見協力依頼をすることに同意します。

※1 氏名および写真の配信は同意者のみ

※2「捜索協力者」とは、個人情報の守秘義務の遵守を誓約した方で、この事業にご協力いただく方々のことです。(登録できる方は、あんしんすこやかセンター・神戸市・市区社会福祉協議会・市内の介護保険サービス事業所の各職員、市民生委員・児童委員、認知症サポーターです。)

年 月 日

本人氏名： (自署)

後見人氏名・連絡先(該当者のみ) (自署)

※本人氏名欄は、必ず本人が自署すること。ただし、成年後見人又は任意後見人が選任されている場合は、後見人が本人氏名を記入し、その下に後見人の氏名・連絡先を記入すること。

《あんしんすこやかセンター記入欄》	本人面談日： 年 月 日
受付：() あんしんすこやかセンター	担当：
【 成年後見人又は任意後見人：有・無 】	【 付き添い人：有()・無 】