

岡崎市認知症高齢者等見守りネットワーク事業（変更・廃止）届

--	--

(宛先) 岡崎市長

年 月 日

以下のとおり岡崎市認知症高齢者等見守りネットワーク事業の（変更・廃止）をしたいので届出します。

（廃止のときは▼のみを、変更のときはすべての項目を記入してください。）

フリガナ▼			電話▼	自宅	-	-	
申請者氏名▼ (家族等)	(※)			携帯	-	-	
本人との関係▼				その他 ( )	-	-	
住所▼	〒 -						
変更・廃止の理由▼	【変更理由】						
	<input type="checkbox"/> 登録内容の変更 <input type="checkbox"/> 個人賠償責任保険へ加入 (必ず【裏面】の要件・同意欄に記入してください。) <input type="checkbox"/> その他 ( )						
変更・廃止の理由▼	【廃止理由】						
	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 一人で外出し、行方不明となるおそれなくなったため <input type="checkbox"/> その他 ( )						
連絡先①	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 以下に記載 氏名： 本人との関係： 電話： - -						
連絡先②	氏名： 本人との関係： 電話： - -						
フリガナ▼			同居者	家族構成図 (主介護者等)			
本人氏名▼	(旧姓： ) 男・女						有・無
生年月日▼	年 月 日 ( 歳)						
住所▼	〒444- 岡崎市		電話	-	-		
特徴	身長： cm	体重： kg	体型： 太め ・ 普通 ・ やせ気味				
	姿勢：		頭髮：				
	眼鏡： 有・無	持ち物：					
	特記事項：※愛称・出身地・前住所・よく行く場所・職業等						
注意事項	※保護時にしてほしいこと・対応に注意してほしいこと等						
担当ケアマネジャー	事業所名：		担当 電話 - -				
かかりつけ医療機関	医療機関名：		主治医 電話 - -				

個人賠償責任保険関係（新たに保険に加入する場合のみ記入してください。）

<p>対象要件</p>	<p>同様の個人賠償責任保険に自身で加入していない</p>	<p><input type="checkbox"/> 該当する</p> <p>※ <input checked="" type="checkbox"/>がないと保険加入できません</p>
<p>同意事項</p>	<p>1 個人賠償責任保険加入について、住民基本台帳及び介護保険のサービス利用状況等を始め、加入要件・変更内容確認のために必要な情報を、岡崎市が閲覧すること。</p> <p>2 個人賠償責任保険加入に必要な個人情報（氏名・性別・生年月日・住所・連絡先）、保険金請求に係る事故の状況等に関する情報について、保険会社と岡崎市が共有すること。</p> <p>3 事故が起き、損害請求された場合、速やかに岡崎市に事故報告書を提出すること。</p>	<p><input type="checkbox"/> 同意する</p> <p>※ <input checked="" type="checkbox"/>がないと保険加入できません</p>

※この情報は、岡崎市認知症高齢者等見守りネットワーク事業以外の目的には使用することはありません。