

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	大正	年	月	日
	氏名			昭和			
	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	
	2	住所					電話番号	①
		フリガナ		関係		②		
	3	氏名				電話番号	①	
住所							②	
4	フリガナ		関係		電話番号	①		
	氏名					②		
5	住所					電話番号	①	
	フリガナ		関係		②			

3. この届出についての問い合わせ先に☑をしてください。

<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	<table border="1"> <tr> <td>氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td><small>*あれば事業者名も</small></td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> </table>	氏名		<small>*あれば事業者名も</small>		住所		電話番号	
氏名									
<small>*あれば事業者名も</small>									
住所									
電話番号									
<input type="checkbox"/> 緊急連絡先 3									
<input type="checkbox"/> 緊急連絡先 4									
<input type="checkbox"/> 緊急連絡先 5									

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. 保険更新のお知らせ※(毎年3月下旬に送付)の送付先に☑をしてください。

※自動的に更新されますので、保険の継続を希望される場合はお手続きの必要はありません。

- 緊急連絡先 1 表面の3のその他
 緊急連絡先 2
 緊急連絡先 3
 緊急連絡先 4
 緊急連絡先 5
 対象者本人

6. 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

7. 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7個人情報の(1)「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()

※対象者本人が署名できない場合、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(区記入欄)

①届出書持参: 緊 1・2・3・4・5 / 本人 / ケアマネ / 包括 / 他() / 郵送

②保険加入希望 無 有

③意見書: 自立度 自立 / I / データ無し ⇒左のいずれかに該当する場合は、6チェックリストの回答が必須です。
 IIa / IIb / IIIa / IIIb / IV / M

④ 福祉総合システム入力

⑤ 登録台帳連絡票入力

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 令和〇年〇月〇日

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	カツシカ タロウ	生年月日	大正 昭和 15年12月25日
	氏名	葛飾 太郎		
	住所	葛飾区立石5丁目13番1号 (アパート・マンション名)		
	電話番号	03-XXXX-XXXX	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	ミズモト ハナコ	関係	長女	電話番号	①	03-XXXX-XXXX
		氏名	水元 花子				②	090-XXXX-XXXX
		住所	葛飾区水元X-XX-X					
	2	フリガナ	ミズモト イチロウ	関係	長女の夫	電話番号	①	090-XXXX-XXXX
		氏名	水元 一郎				②	
		住所	葛飾区水元X-XX-X					
	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。

<input type="checkbox"/> 緊急連絡先1	<input checked="" type="checkbox"/> その他 → 対象者との関係 (担当ケアマネジャー)	
<input type="checkbox"/> 緊急連絡先2		
<input type="checkbox"/> 緊急連絡先3		
<input type="checkbox"/> 緊急連絡先4		
<input type="checkbox"/> 緊急連絡先5		
	氏名 *あれば事業者名も	●●居宅介護事業所 金町
	住所	葛飾区金町X-XX-X
	電話番号	03-XXXX-XXXX

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. 保険更新のお知らせ※(毎年3月下旬に送付)の送付先に☑をしてください。

※自動的に更新されますので、保険の継続を希望される場合はお手続きの必要はありません。

- 緊急連絡先 1 表面の3のその他
- 緊急連絡先 2
- 緊急連絡先 3
- 緊急連絡先 4
- 緊急連絡先 5
- 対象者本人

6. 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	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
④ 5分前に聞いた話を思い出せないことがある	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
⑤ 自分の生年月日がわからなくなることがある	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
⑥ 今日が何月何日かわからないときがある	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

7. 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7個人情報の(1)「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 **葛飾 太郎** 代筆者 **水元 花子** 関係(**長女**)

※対象者本人が署名できない場合、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(区記入欄)

①届出書持参: 緊 1・2・3・4・5 / 本人 / ケアマネ / 包括 / 他() / 郵送

②保険加入希望 無 有

③意見書: 自立度 自立 / I / データ無し ⇒左のいずれかに該当する場合は、6チェックリストの回答が必須です。
 IIa / IIb / IIIa / IIIb / IV / M

④ 福祉総合システム入力

⑤ 登録台帳連絡票入力