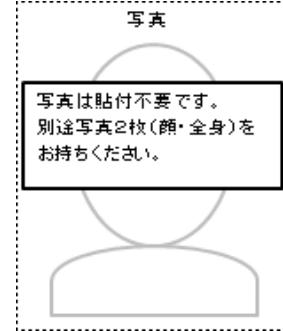


福津市長様

【申請者】			
氏名	ふりがな (※) (※) 本人が自署しない場合は、記名押印してください。	男・女	対象者との続柄
住所			
電話	自宅: — — 勤務先: — — 携帯: — —		
提出代行者職氏名			



以下及び裏面の事項に同意のうえ申請します。

【対象者】				
氏名	ふりがな	ふりがな 旧姓:	男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 生 歳
住所	(自治会 区 組)			電話 自宅: — — 携帯: — —
【身体的特徴】		【その他の特徴】		
身長: 約	c m			
体重: 約	k g			
体格: 肥・小肥・中肉・やせ・( )				【現住所以外の住み慣れた場所やなじみの場所等】
頭髪: ( ) 色 長髪・普通・短髪・( )				
【かかりつけ医】 有・無				【これまでの行方不明歴】 有・無
病院名:				頻度:
電話:				範囲:
病名:				
【介護認定】 無・有 (要支援1・2、要介護1・2・3・4・5)				
居宅介護支援事業所名: (電話: — )				
担当ケアマネジャー名:				
【その他特記事項】(サービスの利用状況等):				

【緊急連絡先】				
連絡先1	氏名	(ふりがな)	性別:	男・女
	住所		対象者との続柄:	
連絡先2	氏名	(ふりがな)	性別:	男・女
	住所		対象者との続柄:	
電話		自宅等:	— —	
		携帯:	— —	
電話		自宅等:	— —	
		携帯:	— —	

-----以下記入の必要はありません-----

【市記入欄】				

様式第1号（第5条関係）

## 【「検してメール」への実名と写真の掲載希望について】

検索依頼時に「検してメール」に実名、写真を掲載することができます。  
(どちらかを○で囲んでください。)

- ① 実名の掲載：  希望します  希望しません  
 ② 写真の掲載：  希望します  希望しません

## 【メール配信希望について】

(協力サポーター登録者は不要です。)

検索依頼時のみ、メールの内容を確認したい方は、アドレスをご記入ください。

なお、利用する環境や機器によって、メールの送受信ができない場合もあります。

氏名（ ） 繁柄（ ） メールアドレス（ ）

氏名（ ） 繁柄（ ） メールアドレス（ ）

以下は同意事項ですので、記入は不要です。

## 【申請・情報提供について】

- 1 福津市、福津市地域包括支援センター及び福津市を管轄する警察署で、申請書の情報を管理します。
- 2 申請内容に変更が生じた場合や本事業の利用を必要としなくなった場合は、速やかに手続きを行ってください。
- 3 申請情報を確認するため、申請者、対象者及び関係者に連絡をとることがあります。
- 4 本事業の運営のため、福津市を管轄する警察署、その他関係機関に、情報提供を求めることがあります。
- 5 「検してメール配信」を依頼した際は、検索に関わる関係機関（地域、事業所、他のメール配信等）に情報提供します。

## 【検索依頼について】

- 1 検索依頼をする際は、警察署（宗像警察署 電話：0940-36-0110）へ行方不明者届をご提出ください。
- 2 警察署への行方不明者届を提出後、「福岡都市圏認知症高齢者検してメール専用ダイヤル」（電話：0120-725-048）へご連絡ください。
- 3 「福岡都市圏認知症高齢者検してメール専用ダイヤル」及び「検してメール配信」は、8時から20時までです。（365日対応）
- 4 対象者が保護された場合は、速やかに対象者のもとへ向かい、安全をご確認ください。
- 5 対象者が発見された際には、「福岡都市圏認知症高齢者検してメール専用ダイヤル」（電話：0120-725-048）へご連絡ください。
- 6 後日、「福岡都市圏認知症高齢者検してメール専用ダイヤル」から発見時の状況等についてお尋ねの連絡が入ります。

～市記入欄～

課長	係長	担当

上記の者を、福津市認知症高齢者家族支援事業実施要綱第4条の対象者と認め、福岡都市圏認知症高齢者検してメールサーバーに登録します。あわせて、宗像警察署及び福津市地域包括センターに本書の写しを送付します。

起案日： 年 月 日 / 決裁日： 年 月 日

登録日： 年 月 日 / 送付日： 年 月 日

I D :