

各務原市障がい児者見守りシール配布事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 各務原市長

申請者 住 所
氏 名
対象者との関係 ()
電話番号

各務原市障がい児者見守りシール配布事業の利用について、下記のとおり申請します。

記

対象者	ふりがな 氏 名				生年月日	年 月 日	
	住 所				電話番号		
	手帳 番号	療育 精神	等級		サービス 受給状況		
	手帳 有効期限	年 月 日			サービス 認定期限	年 月 日	
保護者	ふりがな 氏 名				生年月日	年 月 日	
					電話番号		
	住 所				対象者 との関係		
緊急時連絡先	第1 連絡先	ふりがな 氏 名				電話番号	
		住 所				対象者 との関係	
		電子メール アドレス	@				
	第2 連絡先	ふりがな 氏 名				電話番号	
		住 所				対象者 との関係	
		電子メール アドレス	@				
	第3 連絡先	ふりがな 氏 名				電話番号	
		住 所				対象者 との関係	
		電子メール アドレス	@				

上記の対象者及びその保護者は、裏面に対象者の状況を記入し、同意書に署名してください。

対象者の状況	1 外出して家に戻れないことがあるか。	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
	2 外に出たがり、目が離せないことがあるか。	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
	3 目的もなく動き回ることがあるか。	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
	4 昼と夜の区別がつかないことがあるか。	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
	5 自分の名前が言えるか。	<input type="checkbox"/> 言える	<input type="checkbox"/> 言えない	
	6 自分の住所が言えるか。	<input type="checkbox"/> 言える	<input type="checkbox"/> 言えない	
	7 家族の名前が言えるか。	<input type="checkbox"/> 言える	<input type="checkbox"/> 言えない	
	8 行き先を告げずにいなくなることがあるか。	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
	9 警察保護歴があるか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
	10 9が「ある」の場合、発見場所はどこか。			

同意書

各務原市障がい児者見守りシール配布事業の利用に当たり、下記の事項に同意します。

記

- 対象者が行方不明となった場合に、管轄の警察署、消防署、各務原市基幹相談支援センター等関係機関に個人情報を提供すること。
- 対象者が行方不明になったときは、保護者は捜索に協力し、対象者が保護されたときは、速やかに対象者の安全を確保するよう努めること。
- 見守りシールは、早期発見及び保護を確約するものではないこと。
- 天災等の不可抗力やサービスの機能点検により、認知症高齢者・障がい者等保護情報共有サービス（以下「見守りシステム」という。）が中断し、保護情報の提供が行えない場合があること。
- 本申請の内容に変更が生じたとき、対象者が死亡、市外転出又は施設入所したとき、その他本事業の利用を辞退するときは、速やかに各務原市へ届け出ること。
- 見守りシールを本事業の利用目的以外で使用、譲渡、販売及び改ざんをしないこと。
- 行方不明となった対象者に係る適切な支援を行うため、見守りシステムの通信状況等を各務原市が確認すること。

(宛先) 各務原市長

年 月 日

対象者氏名

保護者氏名

対象者との続柄 ()

【市記入欄】

確認欄	1. 居住地 (□在宅)
	2. 対象者の確認
	<input type="checkbox"/> 療育手帳所持者
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳所持者
	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス利用者
	<input type="checkbox"/> 障害児通所支援利用者
<input type="checkbox"/> その他市長が必要と認めた場合	
()	