

## 情報提供シート

記入日 年 月 日

ふりがな				写真
氏名				
ふりがな				
旧姓				
性別	男 ・ 女			
生年月日・年齢	年 月 日 ( 歳)			
住所	甲賀市			
日頃の呼び名	家族から( ) 家族以外の方から( )			
認知症の有無等	有 (名前が言える・名前が言えない) ・ 無 (住所が言える・住所が言えない)			
身長・体重・体型	身長 cm ・ 体重 kg ・ 型			
髪型・髪色	短髪 ・ 長髪 ・ その他 黒髪 ・ 白髪 ・ その他	髭等	髭 有 ・ 無	
めがね	有 (色、形など ) ・ 無	歯	総義歯など	
その他	くせ・特徴: 行きそうな場所(よく行っていた所、故郷や以前の居住地など):  普段の服装(よくしている格好、服の色など)、  注意事項:			
<b>行方不明時の状況等※以下は行方不明等の発生時に使用します。</b>				
※行方不明発生日時と状況	例:平成28年9月21日の10時頃、家の近くの〇〇公園を歩いているのを目撃されて以後行方不明。			
服 装	帽子 有 (色など ) ・ 無 上位 ( 色 ) 下位 ( 色 ) 下着 ( 色 ) 履物 ( 色 )			
警察への届出	有 (公表 ・ 非公表)			
情報提供についての家族の同意	<input type="checkbox"/> 「甲賀市徘徊高齢者事前登録事業 登録申請書」において同意している <input type="checkbox"/> 「甲賀市徘徊高齢者事前登録事業 登録申請書」未申請だが同意あり (裏面のとおりに) 無			
連絡先	甲賀市役所 長寿福祉課 高齢者支援係 電話: 0748-65-0696(土・日・祝は0748-65-0650) FAX: 0748-63-4085			

## 【情報提供シート裏面】

広域に検索を希望する場合、以下の範囲に情報提供をお願いします。

希望する範囲に○をつける	番号	情報提供方法	情報発信の制限等についてご希望内容
	0	情報提供の拡大は希望しない	
	1	市内すべての地域包括支援センター・地域市民センター	
	2	市内すべての介護保険事業所	※特定の介護保険事業所のみ情報提供したい場合はこちらに詳しく記入
	3	社会福祉協議会、市と見守り支援活動事業協定を締結した事業所	※特定のところに情報提供したい場合こちらに詳しく記入
	4	県内の他市町の行政機関や関係機関【*メール配信】	※特定の市町のみ情報提供したい場合こちらに詳しく記入
	5	県内の他市町の徘徊SOSネットワーク等(◎ネットワークの範囲は各自治体の判断による)【*】	※特定の市町のみ情報提供したい場合こちらに詳しく記入
	6	全国の都道府県、市区町村の行政機関や関係機関【*】	※特定の県、市町のみ情報提供したい場合こちらに詳しく記入
	7	全国の都道府県、市区町村の徘徊SOSネットワーク等(◎)【*】	※特定の県、市町のみ情報提供したい場合こちらに詳しく記入
	8	報道機関への資料提供	

### 情報提供を依頼する機関等の範囲について

#### 3【市と見守り支援活動事業協定を締結した事業所とは】

甲賀市と高齢者地域見守り支援活動事業に関する協定を締結している事業所のことで、次の事業所となります。(平成28年4月現在)

- 郵便事業株式会社 水口支店、甲西支店
- ヤマト運輸株式会社 甲賀支店

#### 4・6【関係機関とは】

地域包括支援センター・社会福祉協議会となります。

#### 5・7【徘徊SOSネットワーク等とは】

各自治体のもつネットワークで、バス・タクシー会社、金融機関、コンビニエンスストア、新聞販売業者、宅配業者などの民間協力事業所、一般市民を含みます。

※これらの機関は、検索体制を組むものではなく、日常の生活や仕事の中で行方不明者の発見のために情報提供をお願いするものです。

※特定の都道府県、市区町村を指定していただくなど、情報提供先を限定していただくこともできます。その場合、4～7の「情報発信の制限等についてご希望内容」欄に情報提供依頼を希望される範囲や県・市町を詳しくご記入ください。