

様式第 1 号（第 4 条・第 7 条関係）

年 月 日

常滑市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号
対象者との続柄

常滑市見守りシール交付事業利用（変更）申請書

常滑市見守りシール交付事業を利用したいので、常滑市見守りシール事業実施要綱（第 4 条・第 7 条）の規定により、次のとおり（変更）申請します。

また、事業を利用するに当たり、申請内容に係る個人情報を対象者の早期発見及び事故の未然防止のために、他の関係機関へ提供すること及び市職員が事業の利用状況等を閲覧することについて同意します。

対 象 者	ふりがな		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	住 所	常滑市	
第 1 連絡先	ふりがな		対象者との続柄
	氏 名		
	住 所	(連絡先)	
第 2 連絡先	ふりがな		対象者との続柄
	氏 名		
	住 所	(連絡先)	
第 3 連絡先	ふりがな		対象者との続柄
	氏 名		
	住 所	(連絡先)	

※ 変更申請の場合は、対象者欄及び変更箇所のみご記入ください。

どこシル伝言板登録シート①

どこシル伝言板で保護対象者情報登録をするための入力用にご記入ください

保護対象者氏名

保護対象者 ID

※伝言板に氏名は表示されません

① 保護対象者のニックネーム

※普段、外で呼ばれている呼び名

※個人情報保護の観点から、氏名(姓名・フルネーム)での登録は禁止です

例.「お父さん」「先生」等、ご自宅や職場で呼ばれていた愛称がおすすめです

② 生年月日(年月まで)

西暦 年 月

③ 性 別

男 ・ 女 ・ 申告なし

④ 身体的特徴

※身長や体型、メガネの有無、よく身につけるものなど、できるだけ詳しく記入します

例. ① 身長 150cm ② 中肉中背
③ 眼鏡使用

⑤ 既往症 例. ① 認知症 ② 糖尿病

※今までにかかった大きな病気など入力します

記入日 年 月 日

① 認知症

どこシル伝言板登録シート②

どこシル伝言板で保護対象者情報登録をするための入力用にご記入ください

⑥ 保護時に注意すべきこと

※発見した方へのアドバイスとなります。症状に対する具体的な対応方法を記入します

- 例. ・右耳が遠いので、左耳の方から話しかけてください
・「おじいさん」と話しかけると怒りやすくなるので、「先生」と話しかけてください
・汗や震えがありましたら、低血糖の可能性がありますので、所持している飴をなめるように勧めてください

Point!

※以下のような情報を記入すると、救急搬送時に役立ちます

・かかりつけ医療機関名 ・服薬内容 等

⑦ 発見通知メールアドレス ※発見時に通知を受けるメールアドレスです

迎えに行くことが可能な方や医療処置の判断ができる方を10件まで登録できます

(例 主介護者 / 医療判断のできるご親族 / ご支援者(介護支援専門員 / 権利擁護担当者 / 後見・保佐・補助人 等)

続柄	@	医療処置の 判断ができる
続柄	@	医療処置の 判断ができる
続柄	@	医療処置の 判断ができる