

山口市ほっと安心SOSネットワーク登録申請書 障がい者用 (新規・変更)

申請日 年 月 日

1. 基本情報 (登録者)

ふりがな					
氏名					
性別	<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 女		
生年月日	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> R	年	月 日
住所 (居所)					
電話	自宅	() - -			
	携帯				
	FAX	() - -			

写 真

撮影日： 年 月 頃

2. 詳細情報 (登録者)

身長	cm	体重	kg	体格	
身体的特徴	頭髪		眼鏡		くせ
	姿勢		歩行状態		その他
移動手段	*自家用車の場合、車種・色・ナンバー・登録番号				
	<input type="checkbox"/> 自家用車	<input type="checkbox"/> 電車 (駅)	<input type="checkbox"/> バス (停)	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> 徒歩
治療中の病気				インシュリン、 てんかん等特別な医療	
保護時の 注意点	(例：顔を見ながら声かけして下さると比較的落ち着きやすいです)				
障がいの 特性等	自分の名前を	<input type="checkbox"/> 言える	<input type="checkbox"/> 言えない ()	自分の住所を	<input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない
	過去に行方不明 になったこと	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	*ある場合は、頻度、発見場所等 (発見場所・頻度)	
どこシル 伝言板登録用 ニックネーム	システム登録上のニックネームが必要になります。呼ばれて返事をしてもらえる愛称を下記から選んでください。※その他は個人情報特定されないよう、氏名(名字、名前いずれも)の登録は避けてください。 ()くん・()さん・()ちゃん その他※()				
かかりつけ医	医療機関名		主治医氏名		
障害福祉サービス等の利用 がある場合	相談支援 事業所		担当 相談支援専門員		
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健 福祉手帳番号	

3. 申請者情報

ふりがな			登録者との 続柄	
氏名				
住所				
電話	自宅	() - -	携帯	

裏面にもご記入ください。

4. 緊急連絡先

緊急 連絡 先	第1 連絡先	氏名		続柄		
		住所				
		電話番号		メール アドレス※	@	
	第2 連絡先	氏名		続柄		
		住所				
		連絡先		メール アドレス※	@	
	第3 連絡先	氏名		続柄		
		住所				
		連絡先		メール アドレス※	@	

※発見時に通知を受け取るメールアドレスです。迎えに行くことが可能な方を3件まで登録できます。

(例 主介護者、ご家族、障害福祉サービス関係者等)

登録したメールアドレスが携帯メールの場合、迷惑メール対策等でメールがはじかれてしまうことがあります。迷惑メール対策等設定されている方は、「info@qr-d.jp」からのメールを受信できるよう設定をお願いします。

同意書

山口市長 様

山口市ほっと安心SOSネットワーク事前登録制度を申請するにあたり、以下の事項について同意します。

1. 山口市ほっと安心SOSネットワーク事前登録制度に登録し、本申請書を山口市障がい福祉課で保管し、写しを管轄の警察署にて保管すること。
2. 発見、保護時などにおいて、必要がある場合には、登録情報を関係機関（警察署等）に提供すること。
3. 希望する場合には、山口市ほっと安心SOSネットワーク協力事業者に対し、登録情報を提供すること。
4. 希望する場合には、山口市防災メールを通じて、広く一般市民に情報提供を求めること。

年 月 日

同意者氏名 (※)

(※) 同意者本人が手書きしない場合は、記名押印してください。