様式第１号（第５条関係）

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。 | □よくある　　□時々ある　　□ない |
| ２ 外に出たがり、目が離せないことがあるか。 | □よくある　　□時々ある　　□ない |
| ３ 目的もなく動き回ることがあるか。 | □よくある　　□時々ある　　□ない |
| ４ 昼と夜の区別がつかないことがあるか。 | □よくある　　□時々ある　　□ない |
| ５ 自分の名前が言えるか。 | □言える　　　□言えない |
| ６ 自分の住所が言えるか。 | □言える　　　□言えない |
| ７ 家族の名前が言えるか。 | □言える　　　□言えない |
| ８ 行き先を告げずにいなくなることがあるか。 | □よくある　　□時々ある　　□ない |
| ９ 警察保護歴があるか。 | □ある　　　　□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

１　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。

２　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。

３　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。

４　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。

５　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。

６　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。

７　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  　□　療育手帳所持者  □　精神障害者保健福祉手帳所持者  □　障害福祉サービス利用者  □　障害児通所支援利用者  □　その他市長が必要と認めた場合  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |