

枚方市長

(申込者)氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

続 柄 本人・その他( \_\_\_\_\_ )

ひらかた高齢者SOSキーホルダー配付申込書兼同意書

キーホルダー NO. ( \_\_\_\_\_ )

対象者	ふりがな 氏 名		生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
	住 所	枚方市					
	電話番号	自宅： _____	携帯電話： _____				
	<input type="checkbox"/> 年齢が65歳以上である。 <input type="checkbox"/> 年齢は40～64歳であるが、認知症状等がある。 <input type="checkbox"/> その他( _____ )						
緊急連絡先	名 前	続柄( _____ )	電話番号	_____			
	名 前	続柄( _____ )	電話番号	_____			

同意事項

私は、上記の「ひらかた高齢者SOSキーホルダー配付申込書兼同意書」（以下「申込書」という。）の情報について、以下の事項に同意します。

- 1 対象者及び緊急連絡先をキーホルダー配付台帳に登録することに同意します。
- 2 枚方市及び高齢者サポートセンター（地域包括支援センター）でキーホルダー配付台帳を共有することに同意します。
- 3 対象者の急病、事故等により枚方市に連絡があり、事業の趣旨から必要であると枚方市が判断した場合、警察・消防・病院等の機関へ対象者及び緊急連絡先の情報を提供することに同意します。
- 4 対象者の住所や緊急連絡先等に変更がある場合は、直ちに届け出ます。
- 5 キーホルダーの使用に関して事故等が生じた場合は、自己責任とし、他には責任を問いません。

同意人署名 氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

続 柄 本人・緊急連絡先の方( \_\_\_\_\_ )

以下は記入しないでください。

枚方市及び地域包括支援センター（高齢者サポートセンター）記入欄

キーホルダー NO. ( )

受付（配付） 場 所	<input type="checkbox"/> 健康福祉総合相談課 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター ( )		
受付（配付） 担当者氏名			
受付年月日	令和 年 月 日	配付年月日	令和 年 月 日
配付方法	<input type="checkbox"/> 対象者に手渡し <input type="checkbox"/> 申込者に手渡し <input type="checkbox"/> 対象者に郵送済 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
備 考	<input type="checkbox"/> 健康福祉総合相談課から ( 対象者 ・ 申込者 ) に郵送を希望		
	<input type="checkbox"/> 枚方市徘徊高齢者（行方不明者）SOSネットワーク登録者		
再 配 付	<input type="checkbox"/> 破損 ( 交換物 : ) <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 旧登録No. ( )		