

様式第1号(第4条関係)

市町村コード

団体番号

受付番号	1-42						0	1	9						
------	------	--	--	--	--	--	---	---	---	--	--	--	--	--	--

警察署コード

端末番号

西暦3桁

月日

一連番号

事前登録番号	1-42						0	1	9						
--------	------	--	--	--	--	--	---	---	---	--	--	--	--	--	--

安心登録情報個人票(基本登録)

届出日 年 月 日

撮影日 年 月 日

【基本情報(対象者)】

--

ふりがな			
氏名			
旧姓		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
住居			
住民登録			
出身地			
連絡先			
携帯電話			

【緊急連絡先】

第1	ふりがな		続柄	住所
	氏名			
	メール			
	電話	自宅)	携帯)	職場)
第2	ふりがな		続柄	住所
	氏名			
	メール			
	電話	自宅)	携帯)	職場)
第3	ふりがな		続柄	住所
	氏名			
	メール			
	電話	自宅)	携帯)	職場)

【任意登録情報】

体格・人相	身長		Cm	免許	運転免許番号	運転経歴証明番号		
	体型	()	Kg					
	脸型				自動車	車種	型式	
	顔色						自転車	登録番号
	眼鏡	レンズ()	縁()		自転車	車体番号		型式
	頭髪					自転車	防犯登録	塗色

【かかりつけ医】

・病院名:

・電話:

担当ケアマネ

【特記事項】(保護時に注意してほしいこと・対応してほしいこと)

様式第1号裏面（第9条関係）

市町村コード		団体番号		西暦3桁			月日		一連番号	
受付番号	1-42					0	1	8		

警察署コード		端末番号		西暦3桁			月日		一連番号	
事前登録番号	1-42					0	1	8		

事前登録同意書 基本登録 補助登録

事前登録の趣旨を理解し、検索に必要な場合に備え、事前登録情報及び、登録者の顔写真、手のひら静脈データ等を事前に登録団体に必要な範囲内で提供することに同意します。
また、登録者に変更があった場合は、最寄りの登録団体へ連絡します。

年 月 日

登録者氏名

(届出者と同一の場合記載不要)

届出者

(自署)

(続柄：)



写真添付欄

- 届出者（本人、保護責任者）
保護責任者とは、家族、法定代理人、施設職員、その他発見保護について責任を有する者をいう。
- 登録団体
警察、自治体及びこの事前登録に協力する関係機関、団体等（指定による）をいう。
- 事前登録情報
要領第4条規定の登録情報（基本登録・補助登録票の登録情報）をいう。

※ □欄は該当欄にレ点を記載

① 受付状況				
受付日	年	月	日	受付者：
台帳登録	済	・	未	登録者：

② 削除				
削除日	年	月	日	受付者：
理由) 身体機能低下・施設入所・転出・死亡・その他 ()				

送付先		送付者	送付日	送付方法	
<input type="checkbox"/> 管轄警察署	担当者	担当者：	年 月 日	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 手渡し
<input type="checkbox"/> 警察署				<input type="checkbox"/> その他 ()	

自治体事前登録	団体名	登録番号
---------	-----	------

様式第1号の2

市町村コード

団体番号

受付番号	1-42						0	1	8						
------	------	--	--	--	--	--	---	---	---	--	--	--	--	--	--

警察署コード

端末番号

西暦3桁

月日

一連番号

事前登録番号	1-42						0	1	8						
--------	------	--	--	--	--	--	---	---	---	--	--	--	--	--	--

安心登録補助票(補助登録)

【関連情報(登録者)】

※ 複数選択可

登録種別	<input type="checkbox"/> 高齢者			<input type="checkbox"/> 精神障害者			<input type="checkbox"/> 知的障害者		
	<input type="checkbox"/> 認知症			<input type="checkbox"/> 身体障害者			<input type="checkbox"/> その他()		
自分の名前	<input type="checkbox"/> 答えられる			<input type="checkbox"/> 旧姓()で答える					
	<input type="checkbox"/> 答えられない			<input type="checkbox"/> その他()					
家族の名前	<input type="checkbox"/> 答えられる(誰を)			<input type="checkbox"/> 答えられない					
	<input type="checkbox"/> その時々で違う答え								
住所	<input type="checkbox"/> 答えられる			<input type="checkbox"/> 出身地(実家)を答える			<input type="checkbox"/> 答えられない		
	<input type="checkbox"/> その他()								
難聴	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (<input type="checkbox"/> 耳元で話せば聞こえる <input type="checkbox"/> 大声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない)								
徘徊の状況	<input type="checkbox"/> 徘徊無し <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> 月 回程度 <input type="checkbox"/> 週 回程度 <input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 季節毎								
身体特徴	種別	部位	形状	種別	部位	形状	種別	部位	形状
対応時の注意									
医療欄 (歯科医を含む)	かかりつけ医療機関			主治医名			持病		
障害福祉欄	相談支援事業所			担当相談員名			電話番号		
特記事項									

同意書

私は、認知症高齢者等事前登録制度の趣旨を理解し、

に関する認知症ハイリスク者登録制度利用申請書等の申請書に記載の情報を、

- ・沼田市長
- ・片品村長
- ・みなかみ町長
- ・川場村長
- ・昭和村長
- ・沼田市認知症にやさしい地域づくりネットワーク運営協議会

及び沼田警察署の関係各課、その他関係者に提供することに同意します。

併せて、行方不明となった場合、提供する画像について、群馬県警察の上州くん安全・安心メールにより配信手配することに同意します。

なお、電子メールで個人情報等を手配することに伴う不利益について、手配を行う関係機関に対し、その責を求めません。

元号 年 月 日

届出者（続柄： ）

住所： _____

署名： _____