様式第2号（第4条関係）

**広川町高齢者等徘徊SOSネットワークによる支援要請書兼同意書**

広川町高齢者等徘徊ＳＯＳネットワーク事業を利用するにあたり、次のとおり支援を要請します。

下表の右欄に○を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 支援の内容 | | 要請する |
| １ | 広川町防災行政無線により、登録情報を町内全域へ放送する。 | |  |
| 特に希望がある場合は右欄に記入してください。 | 氏名は公表しない |  |
| 住所は公表しない（地番までは公表します） |  |
| ２ | 福岡県防災メールにより、広川町の地域安全情報として、登録情報をメールで配信する。 | |  |
| 特に希望がある場合は右欄に記入してください。 | 氏名は公表しない |  |
| 住所は公表しない（地番までは公表します） |  |
| ３ | 広川町高齢者等徘徊ＳＯＳネットワーク協力機関（民生児童委員・消防団員等）に対し、登録情報を提供する。 | |  |
| 特に希望がある場合は右欄に記入してください。 | 氏名は公表しない |  |
| 住所は公表しない（地番までは公表します） |  |
| ４ | 高齢者等徘徊ＳＯＳネットワークの広域連携に関する協定締結市町へ、登録情報を提供する。 | |  |
| 特に希望がある場合は右欄に記入してください。 | 氏名は公表しない |  |
| 住所は公表しない（地番までは公表します） |  |

また、発見・保護時などにおいて、医療機関や介護事業所等と連携を図る必要がある場合には、登録情報を関係機関等で共有することに同意します。

　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人氏名

緊急時電話による同意確認欄

同意確認時間

同意の相手方氏名

対象者との関係

連絡先

（確認した職員氏名　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人との続柄　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者連絡先