

東浦町高齢者あんしんカード登録事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、高齢者からの申請に基づき、当該高齢者の氏名、緊急連絡先等の情報を登録し、緊急時の対応や平時の見守りに活用する高齢者あんしんカード登録事業（以下「事業」という。）を実施することにより、高齢者が安心して暮らせる地域社会の形成を図り、もって高齢者の福祉の増進に資することを目的とする。

(対象者)

第2条 事業を利用することができる者（以下「対象者」という。）は、東浦町に住所を有し、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）第5条に規定する住民基本台帳に記録されているものであって、居住する家屋の同一敷地内、隣接地、正面の敷地及び正面の敷地の隣接地に2親等以内の親族が居住しておらず、かつ、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) 65歳以上のひとり暮らし世帯に属する者
- (2) 65歳以上のひとり暮らし世帯に準ずる世帯として町長が認める世帯に属する者
- (3) 75歳以上のみの複数人世帯に属する者
- (4) 75歳以上のみの複数人世帯に準ずる世帯として町長が認める世帯に属する者
- (5) 75歳以上の者が日中ひとり暮らしとなる世帯に属する者であって、75歳以上の日中ひとり暮らしとなるもの

2 高齢者の福祉の増進のため、町長において特に必要があると認めるときは、前項の規定にかかわらず、対象者とすることができる。

(登録)

第3条 対象者が事業への登録を希望するときは、対象者又はその代理人が、対象者の居住する地区の担当民生委員を通じ、高齢者あんしんカード登録申請書（様式第1）を、町長に提出するものとする。

2 前項の登録に当たっては、登録された情報を民生委員、地域包括支援センター、社会福祉協議会、消防及び警察に提供することを承諾するものとする。

(登録台帳の管理)

第4条 町長は、前条第1項の規定により提出された申請書に基づき高齢者あんしんカード登録台帳（様式第2）を作成するものとする。

2 前項の規定により作成された台帳は、高齢者福祉を所管する課においてその原本を保管し、地域包括支援センター及び民生委員においてその写しを保管するものとする。

(高齢者あんしんカードの交付)

第5条 町長は、第3条第1項の規定により事業への登録をした者（以下「登録者」という。）に、高齢者あんしんカードを交付するものとする。

(緊急時の情報の提供)

第6条 町長は、登録者が急病、事故又は行方不明等の緊急の対応が必要である旨の連絡があった場合は、第4条の規定により管理する登録台帳を用い、速やかに社会福祉協議会、消防又は警察に必要な情報の提供を行うものとする。

(登録事項の変更)

第7条 登録者又は民生委員は、登録情報に変更が生じたときは、速やかに町長にその旨を届け出なければならない。

(登録の取消し)

第8条 町長は、登録者から登録の取消しの申出があったとき、又は登録者が第2条に規定する対象者の要件を満たさなくなったことを知ったときは、登録を取り消すものとする。

(雑則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は町長が定める。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

東浦町高齢者あんしんカード登録申請書

申請年月日	年 月 日	【登録番号 ー ー】	
本人(世帯主)情報			
住所	東浦町大字		
ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日
自宅電話		携帯電話	
世帯状況 ※該当する項目に✓を記入して下さい。			
<input type="checkbox"/> 65歳以上のひとり暮らし世帯…65独		<input type="checkbox"/> 65歳以上のひとり暮らし世帯に準ずる世帯…65独準	
<input type="checkbox"/> 75歳以上のみ複数人世帯…75複		<input type="checkbox"/> 75歳以上のみ複数人世帯に準ずる世帯…75複準	
<input type="checkbox"/> 75歳以上の日中ひとり暮らし世帯…75日独		<input type="checkbox"/> その他 () …他	
緊急連絡先			
氏名	続柄	住所	電話番号
			(自宅) (携帯)
			(自宅) (携帯)
			(自宅) (携帯)
親族及び近隣支援者 ※上記緊急連絡先以外の方			
氏名	続柄	住所	電話番号
			(自宅) (携帯)
健康状態等			
主な疾病等	(主治医)	(電話)	
主な疾病等	(主治医)	(電話)	
担当ケアマネ	(電話)		
担当民生委員	(電話)		
特記事項 ※介護保険認定状況、医療・福祉サービス、世帯状況の補足情報等がある場合はご記入下さい。			
同意署名欄			
東浦町長			
東浦町高齢者あんしんカード事業の趣旨に賛同し、私が届け出た個人情報、民生委員、社会福祉協議会、地域包括支援センター、消防、警察に対し、情報提供することに同意の上、申請します。			
年 月 日			
世帯主署名		代筆者署名	(続柄:)

(裏)

【登録番号 ー ー】

世帯員情報			
ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日
世帯主との続柄		携帯電話	
緊急連絡先 ※世帯主の情報と異なる場合は、以下にご記入下さい。			
氏名	続柄	住所	電話番号
			(自宅) (携帯)
			(自宅) (携帯)
親族及び近隣支援者 ※世帯主の情報と異なる場合は、以下にご記入下さい。			
氏名	続柄	住所	電話番号
			(自宅) (携帯)
			(自宅) (携帯)
健康状態等			
主な疾病等	(主治医)	(電話)	
主な疾病等	(主治医)	(電話)	
担当ケアマネ	(電話番号)		
特記事項 ※介護保険認定状況、医療・福祉サービス等補足情報がある場合はご記入下さい。			

世帯員情報			
ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日
世帯主との続柄		携帯電話	
緊急連絡先 ※世帯主の情報と異なる場合は、以下にご記入下さい。			
氏名	続柄	住所	電話番号
			(自宅) (携帯)
			(自宅) (携帯)
親族及び近隣支援者 ※世帯主の情報と異なる場合は、以下にご記入下さい。			
氏名	続柄	住所	電話番号
			(自宅) (携帯)
			(自宅) (携帯)
健康状態等			
主な疾病等	(主治医)		
主な疾病等	(主治医)		
担当ケアマネ	(電話番号)		
特記事項 ※介護保険認定状況、医療・福祉サービス等補足情報がある場合はご記入下さい。			

(表)

年 月 日現在

東浦町高齢者あんしんカード登録台帳

登録年月日	年 月 日	【登録番号		—	】
世帯主情報					
ふりがな 氏名		性別		生年月日	
住所					
自宅電話		携帯電話			
世帯状況					
緊急連絡先					
氏名	続柄	住所		電話番号	
				(自宅)	
				(携帯)	
				(自宅)	
				(携帯)	
				(自宅)	
				(携帯)	
親族及び近隣支援者 ※上記緊急連絡先以外の方					
氏名	続柄	住所		電話番号	
				(自宅)	
				(携帯)	
				(自宅)	
				(携帯)	
				(自宅)	
				(携帯)	
				(自宅)	
				(携帯)	
健康状態等					
主な疾病等				(主治医)	
主な疾病等				(主治医)	
担当ケアマネ				(電話番号)	
担当民生委員				(電話番号)	
特記事項 ※介護保険認定状況、医療・福祉サービス、世帯状況の補足情報等がある場合は記入すること。					

(裏)

【登録番号

-

】

世帯員情報				
ふりがな 氏名			生年月日	
世帯主との続柄		性別		携帯電話
緊急連絡先 ※世帯主の情報と異なる場合は、以下に記入すること。				
氏名	続柄	住所		電話番号
				(自宅) (携帯)
				(自宅) (携帯)
親族及び近隣支援者 ※世帯主の情報と異なる場合は、以下に記入すること。				
氏名	続柄	住所		電話番号
				(自宅) (携帯)
				(自宅) (携帯)
健康状態等				
主な疾病等		(主治医)		
主な疾病等		(主治医)		
担当ケアマネ		(電話番号)		
特記事項 ※介護保険認定状況、医療・福祉サービス等補足情報がある場合は記入すること。				

世帯員情報				
ふりがな 氏名			生年月日	
世帯主との続柄		性別		携帯電話
緊急連絡先 ※世帯主の情報と異なる場合は、以下に記入すること。				
氏名	続柄	住所		電話番号
				(自宅) (携帯)
				(自宅) (携帯)
親族及び近隣支援者 ※世帯主の情報と異なる場合は、以下に記入すること。				
氏名	続柄	住所		電話番号
				(自宅) (携帯)
				(自宅) (携帯)
健康状態等				
主な疾病等		(主治医)		
主な疾病等		(主治医)		
担当ケアマネ		(電話番号)		
特記事項 ※介護保険認定状況、医療・福祉サービス等補足情報がある場合は記入すること。				