様式第３号（第６条関係）

受付番号：

常陸太田市長　　様

行方不明者捜索支援依頼届

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出日時：　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　午前・午後　　　時　　　分 | | | | | | | |
| 依頼者 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)  氏名 |  | 続柄 | 住所 | |  | |
|  | 自宅電話 | | －　　　　－ | |
| 携帯電話 | | －　　　　－ | |
|  | | | | | | | |
| 行方不明者 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)  氏名 |  | | 性別 |  | 生年月日 | 年　 月　 　日  （　　　　歳） |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  旧姓 |  | |
| 住　所 |  | | | | 携帯電話 | －　　　　－ |
| ※情報の公表に同意する項目は□にレを入れてください。（取り消しは×）  □氏名　　□住所（□地区名まで　□町名まで）　□年齢 | | | | | | |
| 行方不明時の情報 | ※情報の公表に同意する項目は□にレを入れてください。（取り消しは×）  □いつ頃いなくなりましたか？  　　　　　　年　　　月　　　日（　）午前・午後　　　　　時　　　分ごろ　　不明  □どこからいなくなりましたか？  　　自宅　　屋外（　　　　　　　　　　　　　　）　　不明  □移動手段は何ですか？  　　徒歩（　杖　押し車　）　　自転車　　バイク（車種　　　　　色　　　　　）  　　自動車（車種　　　　　　　　　色　　　　　　）　　公共交通（　　　　　　　　）  □どのような状況でいなくなりましたか？ | | | | | | |
| 行方不明者の情報 | ※情報の公表に同意する項目は□にレを入れてください。（取り消しは×）  □身体特徴：　□身長　　　　　　　ｃｍくらい  　　　　　　　□体型　　　やせ型　　ふつう　　やや太め　　太め  　　　　　　　□体重　　　　　　　ｋｇくらい  　　　　　　　□髪型　　短髪　普通　長髪　（特徴：　　　　　　　　　　　　　　）  □服　　装：　□上着　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（色　　　　　　　）  　　　　　　　□ズボン・スカート　　　　　　　　　　　　　　（色　　　　　　　）  　　　　　　　□靴　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（色　　　　　　　）  　　　　　　　□眼鏡　あり（特徴　　　　　　　　　）　なし  　　　　　　　□その他特徴（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □持ち物：　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　なし　　不明  □認知症：　あり（主な症状　　　　　　　　　　　　）　　なし　　不明  　　　　　　　名前：　言える　　言えない　　住所：　言える　　言えない  （裏面に続く） | | | | | | |
| その他の情報 | ※情報の公表に同意する項目は□にレを入れてください。（取り消しは×）  □歩き方の特徴（姿勢・速さ・歩幅など　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □興味関心の強いもの（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □行きそうな場所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □以前居住していた場所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□所持金：　あり（　　　　　　　　円）　　なし　　不明  □クレジットカード等　　あり　　なし  □所在不明経験　　今回初めて　　過去にあり（　　　回） | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 警察への行方不明者届の有無 | | ・あり  ・なし　※なしの場合は至急警察に届けてください | | | | | |
| 茨城県おかえり  マークの登録 | | ・あり　登録番号（　　　）　シール貼付（あり　なし　不明）  ・なし | | | | | |
| かかりつけ医  （病院） | | 医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  担当医師（　　　　　　　　　　　　）電話　　　　－　　　－ | | | | | |
| 介護認定状況 | | 認定なし　要支援１　要支援２　介護１　介護２　介護３　介護４　介護５ | | | | | |
| 介護サービス  利用事業所名 | | 電話　　　　－　　　－ | | | | | |
| ケアマネジャー | | 事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ケアマネ名（　　　　　　　　　　　　　）電話　　　　－　　　－ | | | | | |
| 協力を希望する捜索支援機関 | | ※この制度を利用して捜索支援を依頼する場合、依頼者は、市、警察署、市社会福祉協議会（地域包括支援センターを含む）に本依頼書に記載の情報公表に同意したものとみなされます。  ※以下の機関等については、各情報欄の□にレが入っていない情報については公表されません。  □民生委員児童委員  □ＳＯＳネットワークに協力する社会福祉法人  □ＳＯＳネットワークに協力する介護保険サービス事業所  □ＳＯＳネットワークに協力する医療機関  □ＳＯＳネットワークに協力するその他の事業所（民間事業所等）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 写真貼付欄（顔写真1枚、全身の写真1枚） | | | | | | | |

　上記のとおり、捜索等を目的とした場合に限り情報公表に同意します。

　　　　　　　　年　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　依頼者署名押印　　　　　　　　　　　　　　　　　　印