

米子市認知症高齢者等事前登録制度実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、認知症である高齢者その他の認知機能が低下した状態にある者及び精神障がい又は知的障がいのある者（以下「認知症高齢者等」という。）が行方不明となった場合に、当該認知症高齢者等の特定に必要な情報を活用することにより、当該認知症高齢者等を早期に発見し、その生命及び身体の保護を図るため、当該情報をあらかじめ登録する制度（以下「事前登録制度」という。）を実施するものとし、その実施に関し必要な事項を定めるものとする。

(実施主体)

第2条 事前登録制度の実施主体は、米子市とする。

(登録対象者)

第3条 事前登録制度による登録の対象となる者は、市内に居住している行方不明になる可能性のある者であって、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) 認知症である高齢者（次条第1項の規定による申込みを行う時点で65歳以上である者をいう。）
- (2) 若年性認知症である者
- (3) 精神障がい又は知的障がいのある者
- (4) 前3号に掲げる者のほか、市長が必要と認める者

(申込み及び登録)

第4条 前条の登録（以下単に「登録」という。）を希望する認知症高齢者等又はその家族は、市長に対し、米子市認知症高齢者等事前登録申込書（別記様式第1号。以下この条において「申込書」という。）を提出しなければならない。

- 2 市長は、登録をすることを決定したときは、前項の規定による申込みをした者（以下「申込者」という。）に対し書面によりその旨を通知するとともに、当該申込書の写しを米子警察署長に送付するものとする。
- 3 市長は、登録をしないことを決定したときは、申込者に対し、書面によりその旨及びその理由を通知するものとする。
- 4 第2項の規定により米子警察署長に送付された申込書の写しに記載された情報（当該情報のうち次条第1項の規定により変更の届出があった事項については、同条第2項の規定により送付された届出書の写しに記載された情報）は、米子警察署長が当該申込書の写しに係る認知症高齢者等について行方不明者届（行方不明者発見活動に関する規則（平成21年国家公安委員会規則第13号）第6条第1項に規定する行方不明者届をいう。次項において同じ。）を受理した場合において、当該認知症高齢者等に係る行方不明者発見活動（同規則第1条に規定する行方不明者発見活動をいう。）に利用されるものとする。
- 5 米子警察署長は、第2項の規定により送付を受けた申込書の写しに係る認知症高齢者等について行方不明者届を受理したときは、その旨を市長に通知するものとする。

(登録情報の変更)

第5条 前条第2項の規定による通知を受けた申込者（以下「登録申込者」という。）は、当該登録に係る情報（以下「登録情報」という。）に変更が生じたときは、速やかに、米子市認知症高齢者等事前登録変更届出書（別記様式第2号）によりその旨を市長に届け出なければ

ばならない。

- 2 市長は、前項の規定による届出があったときは、速やかに、当該登録情報を変更するとともに、同項の届出書の写しを米子警察署長に送付するものとする。

(登録の取消し)

第6条 登録申込者は、当該登録の取消しを受けようとするときは、米子市認知症高齢者等事前登録取消申出書（別記様式第2号）によりその旨を市長に申し出なければならない。

- 2 市長は、前項の規定による申出があったときは、当該申出に係る登録を取り消すものとする。

- 3 市長は、前項の場合のほか、認知症高齢者等の転出、死亡その他の理由により登録の必要がなくなったと認めるときは、当該認知症高齢者等に係る登録を取り消すことができる。

- 4 市長は、前2項の規定により登録を取り消したときは、米子警察署長に対し、書面によりその旨を通知するものとする。

(登録情報の外部提供)

第7条 市長は、第4条第5項の規定による通知を受けた場合には、必要に応じ、当該通知のあった認知症高齢者等に係る登録情報を、地域包括支援センター、障がい福祉サービス事業所、社会福祉協議会、自治会、民生委員その他の関係機関に提供することができる。

- 2 市長は、前項の規定により登録情報を提供するに当たっては、あらかじめ、当該認知症高齢者等又はその家族の同意を得なければならない。

- 3 市長は、第1項の規定により登録情報を提供するに当たっては、第4条第5項の規定による通知を受けてから24時間を経過するまでに提供するよう努めなければならない。

(登録情報の取扱い)

第8条 市長は、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）に定めるところにより、登録情報を適正に取り扱うものとする。

(規定外事項)

第9条 この要綱に定めるもののほか、事前登録制度の実施に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成29年8月16日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年3月4日から施行する。

米子市認知症高齢者等事前登録申込書

米子市長 様

米子市認知症高齢者等事前登録制度による登録を受けたいので、次のとおり申し込みます。
なお、この申込みに当たり、この申込書の写しを米子警察署長に送付されることに同意します。

申込日 年 月 日

申込者氏名		本人との続柄	
住所			
連絡先			

【登録者情報】登録No. _____ (GPS 有・無、反射シール 有・無)

本人の状況	ふりがな	-----			男	上半身正面の写真 を貼ってください。 【写真撮影日 年 月頃】
	氏名	旧姓()			女	
	生年月日	年 月 日	年齢	歳		
	住所	米子市				
	電話番号					
	世帯区分	<input type="checkbox"/> 一人世帯 <input type="checkbox"/> 二人以上世帯 <input type="checkbox"/> 施設入所				
	要件	<input type="checkbox"/> 認知症である（65歳以上の方） <input type="checkbox"/> 若年性認知症である <input type="checkbox"/> 精神障がい又は知的障がいがある <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	病名・症状					
	よく行く場所					
	特徴	身長： cm	体重： kg			
	体型：太め・普通・やせ気味	眼鏡： 有 無				
	自分の名前を <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 時々言える <input type="checkbox"/> 言えない	自分の住所を <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 時々言える <input type="checkbox"/> 言えない				
	家に帰れなくなったことが <input type="checkbox"/> ある（ 回） <input type="checkbox"/> ない					
	その他（歩行状態、持ち歩くもの等）					
特記事項	対応に注意してほしいこと、保護時に注意してほしいこと等					

裏面もご記入ください。

事業所情報		居宅介護支援事業所又は相談支援事業所の名称:		
		担当ケアマネジャー又は相談支援専門員の氏名:		電話番号:
緊急連絡先①	氏名:	(続柄):	電話番号(日中)	(夜間)
緊急連絡先②	氏名:	(続柄):	電話番号(日中)	(夜間)
本人の実家	住所		車両情報	番号
				車種
				色

(情報提供に係る同意欄)

本人が行方不明となった場合に、この申込書に記載された情報を、地域包括支援センター、障がい福祉サービス事業所、社会福祉協議会、自治会、民生委員その他の関係機関に提供されることに同意します。

同意者 申込者 (印)

本人 (印)

(本人の同意が困難な場合:本人の同席 有 無)

※同意者が署名された場合は、押印を省略することができます。

全身の写真を貼ってください。

米子市認知症高齢者等事前登録変更届出書（取消申出書）

米子市長 様

米子市認知症高齢者等事前登録制度による登録につきまして、次のとおり届け出ます（申し出ます）。

届出（申出）日 年 月 日

届出者（申出者）氏名		本人との続柄	
住所			
連絡先			
<input type="checkbox"/> 登録情報に変更が生じた。 <input type="checkbox"/> 登録の取消しを受けたい。→理由（ ）			

登録情報に変更が生じた場合は、次の表の変更された項目をご記入ください。

太枠内は、変更・取消しのいずれの場合もご記入ください。

		【登録者情報】登録No.		(GPS 有・無、反射シール 有・無)	
本人の状況	ふりがな				上半身正面の写真 【写真撮影日 年 月 日】
	氏名	旧姓（ ）		男 女	
	生年月日	年 月 日	年齢	歳	
	住所	米子市			
	電話番号				
	世帯区分	<input type="checkbox"/> 一人世帯 <input type="checkbox"/> 二人以上世帯 <input type="checkbox"/> 施設入所			
	要件	<input type="checkbox"/> 認知症である（65歳以上の方） <input type="checkbox"/> 若年性認知症である <input type="checkbox"/> 精神障がい又は知的障がいがある <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	病名・症状				
	よく行く場所				
	特徴	身長： cm	体重： kg		
	体型：太め ・ 普通 ・ やせ気味	眼鏡： 有 ・ 無			
	自分の名前を <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 時々言える <input type="checkbox"/> 言えない				
	自分の住所を <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 時々言える <input type="checkbox"/> 言えない				
	家に帰れなくなったことが <input type="checkbox"/> ある（ 回） <input type="checkbox"/> ない				
	その他（歩行状態、持ち歩くもの等）				
特記事項	対応に注意してほしいこと、保護時に注意してほしいこと等				
事業所情報	居宅介護支援事業所又は相談支援事業所の名称： 担当ケアマネジャー又は相談支援専門員の氏名： 電話番号：				
緊急連絡先①	氏名： （続柄： ）	電話番号（日中） （夜間）			
緊急連絡先②	氏名： （続柄： ）	電話番号（日中） （夜間）			
本人の実家	住所	車両情報	番号		
			車種		
			色		