

認知症高齢者位置情報探索事業実施要綱

(目的)

第1条 この事業は、行方不明となるおそれのある認知症高齢者等（若年性認知症の人を含む。以下「対象者」という。）の位置情報の提供（以下「情報提供」という。）を行うことにより介護する家族等の負担を軽減するとともに、認知症の人の福祉の増進を図ることを目的とする。

(利用対象者)

第2条 情報提供を利用できる者は、大阪市内に居住し、区社会福祉協議会に設置された見守り相談室（以下「見守り相談室」という。）における対象者に関する相談・継続的な見守りの過程において情報提供の活用による支援が必要と認められる対象者を介護している家族等（以下「家族等」という。）とする。

(利用申請)

第3条 情報提供の利用を希望する家族等（以下「申請者」という。）は、対象者が居住する区の見守り相談室を経由して、市長に「認知症高齢者位置情報探索事業利用申請書（様式1）」（以下「申請書」という。）を提出しなければならない。

2 見守り相談室は、申請書の提出があったときは、対象者の行方不明状況、申請者による搜索状況から、情報提供の利用が適当である旨の意見を添えて市長あて送付する。

(利用決定)

第4条 市長は、見守り相談室を経由して申請書を受理したときは、対象者及び申請者の属する世帯の市民税課税状況を調査し、第9条に基づき利用者の費用負担区分を定め、利用を決定し「認知症高齢者位置情報探索事業利用決定通知書」（様式2）（以下、「通知書」という。）により、申請者あて通知する。

2 前項の通知は、申請書の提出があった見守り相談室を経由して行う。

(機器の貸与)

第5条 市長は、指定した位置情報探索事業者（以下「事業者」という。）に対して登録申込を行う。

- 2 事業者は、前項の登録申込を受けた場合、対象者が居住する区の見守り相談室と調整のうえ、利用が決定した家族等（以下「利用者」という。）に情報提供に必要な位置探索システム専用端末及び付属品（以下「機器一式」という。）を貸与し、利用方法を説明する。

(情報提供の方法)

第6条 利用者は、情報提供を利用する場合、次の方法により行う。

(1) 事業者の専用電話へ連絡

(2) 事業者の専用ホームページの使用

- 2 事業者は、前項第1号の方法により、対象者の位置情報探索を受けた場合は、利用者にその結果を電話により情報提供し、前項第2号の方法による場合は、ホームページ上で情報提供する。
- 3 利用者は、情報提供を受けた対象者を保護した場合は、今後の見守り支援についての対応を進めるため、その内容を見守り相談室に相談するよう努める。

(情報提供に関する注意事項)

第7条 利用者は、対象者の行方不明時における探索以外には、情報提供を利用してはならない。

- 2 利用者は、貸与を受けた機器を紛失又は破損したときは、すみやかに市長にその旨を届けるとともに、その費用を負担する。

(関係機関の責務)

第8条 市長は、市民の個人情報保護の重要性に鑑み、各条項の規定を遵守し、また関係機関にも各条項の規定を遵守させ、個人情報保護の措置を講じる。

- 2 事業者は、情報提供に際しては、対象者及び利用者の人権に配慮するとともに、対象者の位置情報を含めた個人情報の保護を遵守する。
- 3 見守り相談室は、本業務に関して知り得た個人情報の内容を見守り相談室における、見守り・支援の他は、みだりに人に知らせ、又は不当な目的に利用してはならない。

(費用の負担)

第9条 利用者は、機器の利用に際して、次の区分に基づく費用を負担する。

(1) 対象者及び利用者の属する世帯の市民税が課されていない場合

位置情報探索時の通信料・情報提供料を負担

(2) 対象者若しくは利用者の属する世帯の市民税が課されている場合

月額使用料及び位置情報探索時の通信料・情報提供料を負担

2 前項に定める費用負担区分については、次の表のとおりとする。

決定日及び変更日が 属する月（基準月）	基準となる市民税の年	対象となる期間
1月から7月まで	前年の市民税課税状況 (前々年分所得)	基準月分から 当年の7月分まで
8月から12月まで	当年の市民税課税状況 (前年分所得)	基準月分から 翌年の7月分まで

3 利用を継続する場合、市長は、第2項の基準に基づき、毎年8月に費用負担区分の変更を行う。

4 市長は利用者の費用負担区分を決定若しくは変更した場合「認知症高齢者位置情報探索事業費用負担決定通知書」(様式3)により利用者あて通知する。

5 前項の通知は、対象者が居住する区の見守り相談室を経由して行う。

(利用の終了)

第10条 利用者等は次の各号の一に該当するときは、対象者が居住する区の見守り相談室を経由して、すみやかに市長に「認知症高齢者位置情報探索事業利用終了届」(様式4)(以下「利用終了届」という。)を提出するとともに、貸与を受けた機器一式を返却しなければならない。

(1) 利用者が死亡したとき

(2) 利用者が大阪市外に転居したとき

(3) 対象者が死亡したとき

(4) 対象者が大阪市外に転居したとき

(5) 対象者が介護保険施設及び老人福祉施設等に入所したとき

(6) 前3号のほか、対象者についての情報提供の必要がなくなったとき

- 2 前項の第1号及び第2号に該当し、同時に第3号から第6号のいずれにも該当しないときで、利用者以外の家族等が対象者の介護において利用を引き続き希望する場合は、前項の規定に関わらず、利用者以外の家族等は、第3条の規定に基づき申請書を提出することにより機器一式の利用を継続できる。この場合は、併せて従前の利用者についての利用終了届が提出されたものとみなす。

(異動届の提出)

第10条の2 利用者は次の各号の一に該当するときは、居住区の見守り相談室を経由して14日以内に、「認知症高齢者位置情報探索事業異動届」(様式5)(以下「異動届」とする。)を市長に提出しなければならない。

- (1) 対象者に区内住所変更が生じたとき
- (2) 利用者に区内または区間において住所変更が生じたとき
- (3) 対象者若しくは利用者の連絡先に変更が生じたとき
- (4) 対象者若しくは利用者の世帯状況に変更が生じたとき
- (5) 対象者若しくは利用者の第9条第2項に掲げる期間の市民税課税区分に変更が生じたとき

2 市長は、前項第4号及び第5号の異動届を受理したときは、対象者及び利用者の異動事由を確認のうえ、第9条の基準に基づき費用負担区分の変更を行うことができる。

3 対象者に区間住所変更が生じ、利用者が対象者の介護において利用を引き続き希望する場合は、利用者は、第3条の規定に基づき申請書を提出することにより、機器一式の利用を継続できる。但し、この場合、第3条中の「見守り相談室」は対象者の転居先の区の見守り相談室とし、併せて転居元の区の見守り相談室において利用終了届が提出されたものとみなす。

(利用決定の取消し)

第11条 市長は、利用者が次の各号の一に該当すると認めたときは、利用決定を取消し、貸与した機器の返却を求めるとともに、情報提供にかかる費用の負担を求めることができる。

- (1) 偽り、又は不正な手段により利用決定を受けたとき
- (2) 第7条第1項に違反して情報提供を受けたとき
- (3) 第10条第1項各号の事由に該当した後も、利用を継続したとき

(実施細目)

第 12 条 この要綱の実施に際し、必要な事項は福祉局長が定める。

附 則

この要綱は、平成 16 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 17 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 19 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

1 この要綱は、平成 19 年 8 月 1 日から施行する。

2 要綱施行の際、平成 19 年度は、第 9 条第 2 項中の「8 月分から」を「9 月分から」とする。

附 則

この要綱は、平成 22 年 7 月 27 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 24 年 3 月 22 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 24 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 29 年 6 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。

認知症高齢者位置情報探索事業利用申請書

(申請先)大阪市長

(申請者(利用者))住所〒

—

大阪市

—

区

—

氏名

—

対象者との続柄

—

連絡先電話番号

—

—

次のとおり、認知症高齢者位置情報探索事業の利用を申請します。また、利用決定及び、毎年の費用負担額の決定に際し、大阪市が必要な公簿を閲覧することに対し、別途、同意書を提出します。

なお、事業実施に必要な個人情報を、見守り相談室及び委託事業者へ提供することに同意します。

利用にあたっては、「ご利用にあたっての誓約事項」を遵守することを誓約します。

<input type="checkbox"/> 新規		<input type="checkbox"/> 対象者の異動（ <div>—</div> 区より）		<input type="checkbox"/> 利用者の変更（変更理由 死亡 市外転居 <div>—</div> ）	
フリガナ				生年月日	年 月 日（ <div>—</div> 歳）
対象者氏名					
対象者住所	1 申請者(利用者)の住所と同じ				市民税課税状況
	2 〒 <div>—</div> <div>—</div> 大阪市 <div>—</div> 区 (電話番号 <div>—</div> <div>—</div>)				課税 非課税
同居者及び介護者の状況 ※行方不明時の連絡先に○印を付すこと。					
連絡先	フリガナ 氏 名	続柄	生年月日	住 所	市民税課税状況
			年 月 日	(電話 <div>—</div> <div>—</div>)	課税 非課税
			年 月 日	(電話 <div>—</div> <div>—</div>)	課税 非課税
			年 月 日	(電話 <div>—</div> <div>—</div>)	課税 非課税
			年 月 日	(電話 <div>—</div> <div>—</div>)	課税 非課税
			年 月 日	(電話 <div>—</div> <div>—</div>)	課税 非課税

* 太枠のみご記入ください。 また、裏面の「ご利用にあたっての誓約事項」をご確認ください。なお、世帯状況に変更があった際には、公簿閲覧に関する同意書とともに見守り相談室へ届出を行ってください。

【ご利用にあたっての誓約事項】

- 1 認知症高齢者位置情報探索事業の利用にあたり、対象者の行方不明時における探索以外には、機器による情報提供を利用しません。
- 2 機器を紛失・破損した場合、機器が故障した場合には、すみやかに見守り相談室を通じて市長にその旨を届けるとともに、機器の実費相当額を負担することを承諾します。
- 3 機器が不要になった場合には、すみやかに見守り相談室を通じてその旨を市長に届けるとともに、利用終了届を提出し、機器を返却します。返却がない場合は、返却までの間、費用負担することを承諾します。
- 4 申請書に記入した内容に変更があった場合には、異動届を提出します。

見守り相談室記入欄	対 象 者 氏 名												
	直 近 1 か 月 の 行 方 不 明 状 況	行 方 不 明 の 頻 度	ア ほぼ毎日 イ ()日に1回程度 ウ ()週間に1回程度										
		最 も 多 い 行 方 不 明 発 生 時 間 帯	ア 早朝(5時～7時ごろ) イ 午前中(7時～12時ごろ) ウ 午後(12時～16時ごろ) エ 夕方(16時～19時ごろ) オ 夜間(19時～22時ごろ) カ 深夜(22時～翌朝5時ごろ)										
		発 生 時 の 捜 索 状 況	ア 帰宅できない場合があったが、ほぼ決まった場所で発見できたため、捜索が容易であった。 イ 頻回に行方不明となり、介護している家族等による捜索に限界がある。										
	要 介 護 度	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5											
	認知症日常生活自立度		自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M										
	その他の状況 (具体的に)												
	上記状況のため、位置情報探索事業の利用を適当と認め、大阪市あて送付します。												
	状 況 確 認	・ ・											
	制 度 説 明	・ ・											
申 請 書 送 付	・ ・												
区保健福祉センター記入欄	申請者(利用者)の費用負担		1 (課税)月額使用料及び位置情報提供料を負担										
			2 (非課税)位置情報提供料を負担										
	上記のとおり決定し、申請者あて通知します。												
	起 案 年 月 日	・ ・											
	決 裁 年 月 日	・ ・											
決 定 通 知	年 月 日 第 号												

第 号
年 月 日

(申請者(利用者))
様

大 阪 市 長
(担当： 区保健福祉センター 担当)

認知症高齢者位置情報探索事業利用決定通知書

年 月 日付けで申請のありました認知症高齢者位置情報探索事業利用につきましては、次のとおり決定します。

記

対 象 者 (高齢者等)	氏 名	
	住 所	
行方不明時 連絡先	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
費 用 負 担	1 月額使用料及び位置情報提供料を負担 2 位置情報提供料を負担	
注 意 事 項	<p>1 後日、位置探索事業者から申請者（利用者）の自宅に機器が納品されます。</p> <p>2 月額使用料の負担がある場合は、費用は機器納品日の翌月から発生し、その翌々月から預金口座より引き落とされます。詳細は機器納品時に同封される書面をご確認ください。</p> <p>3 機器の紛失・破損・故障等により、機器の再送付・交換が必要となった場合は、すみやかに見守り相談室を通じて連絡してください。原則として、機器の実費相当額の負担が必要となります。</p> <p>4 機器が不要になった場合には、すみやかに見守り相談室を通じて利用終了届を提出し、機器を返却してください。機器が返却されるまでの間は、費用負担が発生します。</p> <p>5 住所や課税状況の変更等、申請書に記入した内容に変更があった場合は、異動届を提出してください。</p> <p>6 お渡しする機器は、対象者の行方不明時位置探索以外の用途には使用しないでください。（行方不明時位置探索以外の用途での使用が判明したときは、この決定を取り消し、費用の全額を負担していただきます。）</p>	

第 号
年 月 日

(申請者(利用者))
_____様

大 阪 市 長
(担当： 区保健福祉センター 担当)

年度
認知症高齢者位置情報探索事業費用負担決定・変更通知書

年 月分から 年 月分の費用負担については、次のとおり
決定・変更しましたので通知します。

対象者 (高齢者等)	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	大阪市 区
利用者の 費用負担	1 月額使用料及び位置情報提供料を負担 2 位置情報提供料を負担	

年 月 日

認知症高齢者位置情報探索事業利用終了届

(申請先)大阪市長

(申請者(利用者)) 住所 大阪市_____区

氏名 _____

対象者との続柄 _____

連絡先電話番号 _____

次のとおり位置情報提供システムの利用を終了し、貸与を受けた機器を返却しますので届け出ます。

事由発生日	年 月 日		
利用終了日	年 月 日		
対象者氏名			
利用終了の理由	<div>1 対象者が</div> <div><div>・ 死亡</div><div>・ 施設入所</div><div>・ 行方不明にならなくなった</div></div> <div><div>・ ()へ転居</div></div> <div>2 (その他理由)</div> <div>3 利用者が</div> <div><div>・ 死亡</div><div>・ ()へ転居</div></div> <div>上記の理由のため、位置情報提供システムを利用する必要がなくなった</div>		
機器の所在	本人宅 利用者宅 見守り相談室 その他 ()		
処 理 欄	見守り相談室処理日 年 月 日		担当者
	区保健福祉センター收受日 年 月 日		
	区保健福祉センター記入欄		
	上記届出に基づき、利用終了を取扱いします。		
	起案年月日	決裁年月日	
	・ ・	・ ・	

年 月 日

認知症高齢者位置情報探索事業異動届

(申請先)大阪市長

(申請者)住所 大阪市_____区
氏名 _____

対象者との続柄 _____
連絡先電話番号 _____

次のとおり異動しましたので届け出ます。

事由発生日	年 月 日
フリガナ	
対象者氏名	
対象者住所	大阪市 _____ 区
異動者	<input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> その他
異動内容	<input type="checkbox"/> 住所変更 (<input type="checkbox"/> 区内 <input type="checkbox"/> 区間) (転居先 : _____) <input type="checkbox"/> 世帯状況変更 (増・減) (_____) (_____) (_____) (_____) <input type="checkbox"/> 市民税課税区分変更 対象者 : _____ (<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税) <input type="checkbox"/> その他 (_____)

処 理 欄	見守り相談室処理日	年 月 日	担当者	
	区保健福祉センター収受日	年 月 日		
	区保健福祉センター記入欄			
	上記届出に基づき、異動内容を確認しました。			
	起案年月日	決裁年月日		
	・ ・	・ ・		

同意書

年 月 日

大阪市長

住所 大阪市 _____ 区

氏名 _____

対象者との続柄 _____

連絡先電話番号 _____

認知症高齢者位置情報探索事業の機器貸与料等の費用負担額決定にあたり、私、利用者並びに次の世帯員の課税状況について、課税台帳等の関係公簿を閲覧されることに同意します。
また、位置情報探索機器を利用する際の費用負担額について、見守り相談室と委託事業者へ情報提供することに同意します。
以上の内容については、次の世帯員の承諾も得ています。

フリガナ 氏 名	住所	続柄	生年月日	備考
対象者(高齢者等)				
利用者				
同世帯の方				

認知症高齢者位置情報探索事業利用申請書

(申請先)大阪市長

(申請者(利用者))住所〒

—

大阪市

—

区

—

氏名

—

対象者との続柄

—

連絡先電話番号

—

—

次のとおり、認知症高齢者位置情報探索事業の利用を申請します。また、利用決定及び、毎年の費用負担額の決定に際し、大阪市が必要な公簿を閲覧することに対し、別途、同意書を提出します。

なお、事業実施に必要な個人情報を、見守り相談室及び委託事業者へ提供することに同意します。

利用にあたっては、「ご利用にあたっての誓約事項」を遵守することを誓約します。

<input type="checkbox"/> 新規		<input type="checkbox"/> 対象者の異動（ <div>—</div> 区より）		<input type="checkbox"/> 利用者の変更（変更理由 死亡 市外転居 <div>—</div> ）	
フリガナ				生年月日	年 月 日（ <div>—</div> 歳）
対象者氏名					
対象者住所	1 申請者(利用者)の住所と同じ				市民税課税状況
	2 〒 <div>—</div> <div>—</div> 大阪市 <div>—</div> 区 (電話番号 <div>—</div> <div>—</div>)				課税 非課税
同居者及び介護者の状況 ※行方不明時の連絡先に○印を付すこと。					
連絡先	フリガナ 氏 名	続柄	生年月日	住 所	市民税課税状況
			年 月 日	(電話 <div>—</div> <div>—</div>)	課税 非課税
			年 月 日	(電話 <div>—</div> <div>—</div>)	課税 非課税
			年 月 日	(電話 <div>—</div> <div>—</div>)	課税 非課税
			年 月 日	(電話 <div>—</div> <div>—</div>)	課税 非課税
			年 月 日	(電話 <div>—</div> <div>—</div>)	課税 非課税

* 太枠のみご記入ください。 また、裏面の「ご利用にあたっての誓約事項」をご確認ください。なお、世帯状況に変更があった際には、公簿閲覧に関する同意書とともに見守り相談室へ届出を行ってください。

【ご利用にあたっての誓約事項】

- 1 認知症高齢者位置情報探索事業の利用にあたり、対象者の行方不明時における探索以外には、機器による情報提供を利用しません。
- 2 機器を紛失・破損した場合、機器が故障した場合には、すみやかに見守り相談室を通じて市長にその旨を届けるとともに、機器の実費相当額を負担することを承諾します。
- 3 機器が不要になった場合には、すみやかに見守り相談室を通じてその旨を市長に届けるとともに、利用終了届を提出し、機器を返却します。返却がない場合は、返却までの間、費用負担することを承諾します。
- 4 申請書に記入した内容に変更があった場合には、異動届を提出します。

見守り相談室記入欄	対 象 者 氏 名											
	直 近 1 か 月 の 行 方 不 明 状 況	行 方 不 明 の 頻 度	ア ほぼ毎日 イ （ ）日に 1 回程度 ウ （ ）週間に 1 回程度									
		最 も 多 い 行 方 不 明 発 生 時 間 帯	ア 早朝(5 時～7 時ごろ) イ 午前中(7 時～12 時ごろ) ウ 午後(12 時～16 時ごろ) エ 夕方(16 時～19 時ごろ) オ 夜間(19 時～22 時ごろ) カ 深夜(22 時～翌朝 5 時ごろ)									
		発 生 時 の 捜 索 状 況	ア 帰宅できない場合があったが、ほぼ決まった場所で発見できたため、捜索が容易であった。 イ 頻回に行方不明となり、介護している家族等による捜索に限界がある。									
	要 介 護 度	要支援 1 要支援 2 要介護 1 要介護 2 要介護 3 要介護 4 要介護 5										
	認知症日常生活自立度	自立 I II a II b III a III b IV M										
	その他の状況 (具体的に)											
	上記状況のため、位置情報探索事業の利用を適当と認め、大阪市あて送付します。											
	状 況 確 認	・ ・										
	制 度 説 明	・ ・										
申 請 書 送 付	・ ・											
区保健福祉センター記入欄	申請者(利用者)の費用負担	1 (課税)月額使用料及び位置情報提供料を負担										
		2 (非課税)位置情報提供料を負担										
	上記のとおり決定し、申請者あて通知します。											
	起 案 年 月 日	・ ・										
	決 裁 年 月 日	・ ・										
決 定 通 知	年 月 日 第 号											

第 号
年 月 日

(申請者(利用者))
様

大 阪 市 長
(担当： 区保健福祉センター 担当)

認知症高齢者位置情報探索事業利用決定通知書

年 月 日付けで申請のありました認知症高齢者位置情報探索事業利用につきましては、次のとおり決定します。

記

対 象 者 (高齢者等)	氏 名	
	住 所	
行方不明時 連絡先	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
費 用 負 担	1 月額使用料及び位置情報提供料を負担 2 位置情報提供料を負担	
注 意 事 項	<p>1 後日、位置探索事業者から申請者（利用者）の自宅に機器が納品されます。</p> <p>2 月額使用料の負担がある場合は、費用は機器納品日の翌月から発生し、その翌々月から預金口座より引き落とされます。詳細は機器納品時に同封される書面をご確認ください。</p> <p>3 機器の紛失・破損・故障等により、機器の再送付・交換が必要となった場合は、すみやかに見守り相談室を通じて連絡してください。原則として、機器の実費相当額の負担が必要となります。</p> <p>4 機器が不要になった場合には、すみやかに見守り相談室を通じて利用終了届を提出し、機器を返却してください。機器が返却されるまでの間は、費用負担が発生します。</p> <p>5 住所や課税状況の変更等、申請書に記入した内容に変更があった場合は、異動届を提出してください。</p> <p>6 お渡しする機器は、対象者の行方不明時位置探索以外の用途には使用しないでください。（行方不明時位置探索以外の用途での使用が判明したときは、この決定を取り消し、費用の全額を負担していただきます。）</p>	

第 号
年 月 日

(申請者(利用者))
_____様

大 阪 市 長
(担当： 区保健福祉センター 担当)

年度
認知症高齢者位置情報探索事業費用負担決定・変更通知書

年 月分から 年 月分の費用負担については、次のとおり
決定・変更しましたので通知します。

対象者 (高齢者等)	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	大阪市 区
利用者の 費用負担	1 月額使用料及び位置情報提供料を負担 2 位置情報提供料を負担	

年 月 日

認知症高齢者位置情報探索事業利用終了届

(申請先)大阪市長

(申請者(利用者)) 住所 大阪市_____区

氏名 _____

対象者との続柄 _____

連絡先電話番号 _____

次のとおり位置情報提供システムの利用を終了し、貸与を受けた機器を返却しますので届け出ます。

事由発生日	年 月 日		
利用終了日	年 月 日		
対象者氏名			
利用終了の理由	<div>1 対象者が</div> <div><div>・ 死亡</div><div>・ 施設入所</div><div>・ 行方不明にならなくなった</div><div>・ () へ転居</div></div> <div>2 (その他理由)</div> <div>3 利用者が</div> <div><div>・ 死亡</div><div>・ () へ転居</div></div> <div>上記の理由のため、位置情報提供システムを利用する必要がなくなった</div>		
機器の所在	本人宅 利用者宅 見守り相談室 その他 ()		
処 理 欄	見守り相談室処理日 年 月 日		担当者
	区保健福祉センター收受日 年 月 日		
	区保健福祉センター記入欄		
	上記届出に基づき、利用終了を取扱いします。		
	起案年月日	決裁年月日	
	・ ・	・ ・	

年 月 日

認知症高齢者位置情報探索事業異動届

(申請先)大阪市長

(申請者)住所 大阪市_____区

氏名 _____

対象者との続柄 _____
連絡先電話番号 _____

次のとおり異動しましたので届け出ます。

事由発生日	年 月 日
フリガナ	
対象者氏名	
対象者住所	大阪市 _____ 区
異動者	<input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> その他
異動内容	<input type="checkbox"/> 住所変更 (<input type="checkbox"/> 区内 <input type="checkbox"/> 区間) (転居先 : _____) <input type="checkbox"/> 世帯状況変更 (増・減) (_____) (_____) (_____) (_____) <input type="checkbox"/> 市民税課税区分変更 対象者 : _____ (<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税) <input type="checkbox"/> その他 (_____)

処 理 欄	見守り相談室処理日	年 月 日	担当者	
	区保健福祉センター収受日	年 月 日		
	区保健福祉センター記入欄			
	上記届出に基づき、異動内容を確認しました。			
	起案年月日	決裁年月日		
	・ ・	・ ・		

同意書

年 月 日

大阪市長

住所 大阪市 _____ 区

氏名 _____

対象者との続柄 _____

連絡先電話番号 _____

認知症高齢者位置情報探索事業の機器貸与料等の費用負担額決定にあたり、私、利用者並びに次の世帯員の課税状況について、課税台帳等の関係公簿を閲覧されることに同意します。

また、位置情報探索機器を利用する際の費用負担額について、見守り相談室と委託事業者へ情報提供することに同意します。

以上の内容については、次の世帯員の承諾も得ています。

フリガナ 氏 名	住所	続柄	生年月日	備考
対象者(高齢者等)				
利用者				
同世帯の方				