

# 板橋区高齢者見守りキーホルダー事業実施要綱

(平成28年9月16日 区長決定)

## (目的)

第1条 高齢者に高齢者見守りキーホルダー（以下「キーホルダー」という。）を配付し、緊急事態にキーホルダーによって身元を確認することにより、高齢者の身元を特定し、緊急連絡先に情報提供することを目的とする。

## (事業内容)

第2条 区は、板橋区高齢者見守りキーホルダー事業（以下「事業」という。）を板橋区地域包括支援センターに委託して、次に掲げる事項を実施する。

- (1) 事業の利用者（以下「利用者」という。）に係る情報、緊急連絡先等の情報の登録及び管理をすること。
- (2) 利用者にキーホルダーを配付すること。
- (3) キーホルダーを持った利用者について、徘徊、急病、事故等の緊急事態にある旨の通報がされた場合に、緊急連絡先、警察署、消防署、医療機関等に対し、当該利用者の登録情報を提供すること。

## (対象)

第3条 この事業の対象者は、区内に住所を有する65歳以上の者とする。ただし、区長が特に必要があると認める者については、この限りではない。

## (利用の申請)

第4条 本事業を利用しようとする者（以下「申請者」という。）は、板橋区高齢者見守りキーホルダー登録申請書兼変更申請書（別記様式第1号）により、区長に申請するものとする。

- 2 申請者は、区が登録情報を警察署、消防署に提供することについて同意したうえで、申請するものとする。また、緊急連絡先に指定する者から、警察署等への情報提供を認める旨の同意を得たうえで、申請するものとする。
- 3 区長は、第1項の規定による申請を受けたときは、その内容を審査し、適当と認めた場合は、登録番号を記載したキーホルダーを無償で1個配付する。
- 4 区長は、キーホルダーを配付した利用者に関する情報を登録台帳に登載する。

## (変更の申請)

第5条 申請者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、板橋区高齢者見守りキーホルダー登録申請書兼変更申請書により速やかに変更の申請をするものとする。

- (1) 利用者の情報が変更されたとき。
  - (2) 緊急連絡先の情報が変更されたとき。
  - (3) 医療情報が変更されたとき。
- 2 申請者は、前項の規定による変更の申請をするときは、区が変更後の登録情報を警察署、消防署に提供することについて同意したうえで、申請をするものとする。

また、変更後の緊急連絡先に指定する者から、警察署等への情報提供を認める旨の同意を得たうえで、申請するものとする。

(利用の廃止)

第6条 区長は、利用者が次の各号のいずれかに該当したときは、利用者に係る事業の利用を廃止するものとし、キーホルダーの返還を求めるものとする。

(1) 第3条に定める対象者に該当しなくなったとき。

(2) 利用の辞退を希望するとき。

(その他)

第7条 この要綱の実施について必要な事項は、健康生きがい部長が別に定める。

付 則

この要綱は、平成28年10月1日から施行する。

# 板橋区高齢者見守りキーホルダー登録申請書兼変更申請書

新規・変更 年 月 日

（宛先）東京都板橋区長

私は、下記の情報を本事業の目的に基づき、おとしより相談センター（地域包括支援センター）、警察署、消防署、医療機関、民生委員等に対し、情報提供することに同意のうえ申請します。また、情報提供について、事前に緊急連絡先の方の了承を得ています。

## 1 利用者（本人）（必須）

ふりがな 氏名		生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日（ 歳）
住 所	板橋区		
電 話		携 帯	
要介護認定	1 未申請    2 申請中    3 非該当    4 要支援（ ）    5 要介護（ ）		
ケアマネージャー ※なしの場合、記入不要	事業所：	担当者：	電話：

## 2 緊急連絡先（最低1か所の登録が必須です）

※緊急連絡先として登録することについて、緊急連絡先の同意が必要です。

1	ふりがな 氏名：	続柄 ( )	電話： 携帯：	緊急連絡先として登録することに同意を得たら <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 同意有 <input type="checkbox"/>
	住所：			
2	ふりがな 氏名：	続柄 ( )	電話： 携帯：	緊急連絡先として登録することに同意を得たら <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 同意有 <input type="checkbox"/>
	住所：			

## 3 医療情報（任意）

かかりつけ 医療機関①	病院（                      科）	電話：
かかりつけ 医療機関②	病院（                      科）	電話：
主な病気		
内服薬・治療		
備 考	（認知症による徘徊あり等）	

## 4 申請者（申請者が利用者本人の場合は記入不要です）

ふりがな 氏名：	電話：
住 所：	続柄：

センター処理欄（以下は記入しないでください）

受 領

登録番号	—		
変更後の番号	—		
受領	（                      ）おとしより相談センター	担当者	
入力	おとしより保健福祉センター	担当者	