番号

平成○年(20○○年)○月○日

滋賀県 健康医療福祉部

医療福祉推進課長 様

○○市○○○課長

認知症などによる行方不明高齢者の捜索協力について（依頼）

標記の件につきまして、当市（町）において高齢者が行方不明となりましたが、未だ発見に至っておりません。

つきましては、下記のとおり行方不明者の周知および情報提供による捜索協力を依頼しますので、心当たりの情報等がございましたら、下記連絡先へお知らせいただきますよう、よろしくお願いいたします。

なお、本依頼を行うにあたり、当市（町）個人情報保護条例を踏まえ、個人情報の収集・提供について、御家族等の同意を得ています。

記

1. 周知および情報提供を依頼する都道府県の範囲
　下記の表のうち、「○」のついている範囲とします。

|  |  |
| --- | --- |
| ○ | 滋賀県の他市町 |
| ○ | 全国の都道府県、市区町村 |
| × | 特定の都道府県、市区町村（○○県、○○県） |

1. 周知および情報提供を依頼する機関等の範囲
　下記の表のうち、「○」のついている範囲で、各自治体の徘徊SOSネットワークの整備状況等に基づく可能な範囲とします。
　「×」のついている機関等に対する周知および情報提供は不可です。

|  |  |
| --- | --- |
| ○ | 行政機関 |
| ○ | 関係機関（地域包括支援センター、社会福祉協議会、その他公的団体） |
| ○ | 介護保険サービス事業所 |
| ○ | その他、各自治体の徘徊SOSネットワーク等（例：バス・タクシー会社、金融機関、コンビニエンスストア、新聞販売業者、　　　宅配業者などの民間協力事業所、一般市民を含む） |
| × | 庁舎等への掲示による不特定多数への公表 |
| × | インターネットによる不特定多数への公表 |
| × | 報道機関への資料提供 |

３．行方不明者の詳細

別紙「認知症等による行方不明高齢者の捜索協力依頼について」のとおり

連絡先

〒○○○－○○○○　滋賀県○○市○○町○○番地

○○市○○課○○係　担当：○○

電話：○○○○－○○－○○○○

ファックス：○○○○－○○－○○○○