

記入例

様式第1号（第4条関係）

（表）

〇年〇月〇日

あきる野市長 殿

申請者氏名 あきる野 花子

あきる野市認知症高齢者等位置情報探索サービス事業利用申請書

あきる野市認知症高齢者等位置情報探索サービス事業を利用したいので、あきる野市認知症高齢者等位置情報探索サービス事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

対象者	住所	あきる野市二宮350			
	フリガナ	アキルノ タロウ		性別	男・女
	氏名	あきる野 太郎			
	生年月日	〇〇年 〇月 〇日			
電話番号	042-558-1111				
申請者	氏名	あきる野 花子 (対象者との関係 妻)			
	住所	あきる野市二宮350			
	電話番号	自宅 042-558-1111 携帯 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
その他関係者	氏名	あきる野 次郎 (対象者との関係 長男)			
	住所	あきる野市五日市411			
	電話番号	自宅 042-558-1953 携帯 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇			

同意書

1 市が、申請書の内容及び費用負担に関する調査又は確認をすることに同意します。
2 必要に応じて、申請書の内容等をサービス提供事業者及び警察署等に提供することに同意します。
申請者氏名 あきる野 花子
※ 自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください。

(注)

- 申請者欄及びその他関係者欄に記載の方からの依頼によりサービスを利用することができます。
- 調査及び確認ができない場合は、本人確認ができる書類、非課税証明書等を提出していただくことがあります。

(裏)

同居家族の状況			
氏名	年齢	対象者との関係	備考
あきる野 太郎	80	本人	
あきる野 花子	78	妻	

対象者の状況		
主な病気	アルツハイマー型認知症・糖尿病 ペースメーカー等 (有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>) ※ 有の場合は利用できません。	
掛かり付け医	医療機関 あきる野病院	主治医 秋川 三郎
	住所 あきる野市二宮〇〇〇	電話番号 042-558-〇〇〇〇
介護認定等	介護度 要介護2	担当介護支援専門員 〇〇居宅 五日市秋子
介護保険サービス等の利用状況	あきる野デイサービス 月・水・金	
認知症の程度	認知症自立度 II ←※不明な場合は記入不要です。	
	自分の名前は (言える <input checked="" type="radio"/> ・ 言えない <input type="radio"/>)	
	自分の住所は (言える <input checked="" type="radio"/> ・ 言えない <input type="radio"/>)	
歩行能力	早く歩く ・ ゆっくり歩く <input checked="" type="radio"/> ・ ふらつきがある	
行動手段	<input checked="" type="radio"/> 徒歩 ・ <input checked="" type="radio"/> 自転車 ・ バス ・ 電車 ・ 車 ・ その他 ()	
徘徊の程度	〇 年 〇 月頃から	警察の保護歴 (有 <input checked="" type="radio"/> ・ 無 <input type="radio"/>)
	(日 ・ 週 ・ 月 ・ <input checked="" type="radio"/> 年) に 2 回くらい	
よく立ち寄る場所	東部図書館エル、あきる野スーパー	
その他の特徴	身長 165 cm ・ 体重 68 kg ・ 靴 26.0 cm	
	体格 普通	
	眼鏡 有、黒縁	
	杖・歩行器等 有	
	方言 東北なまり	
	名札等 有 (カバン)	
	ひげ なし	
	髪型 白髪、短髪	
その他		

備考 サービス提供事業者、警察署等に写真を提供することを了承する方は、写真を添付してください。