

様式第1号（第5条関係）

上郡町認知症高齢者等家族支援サービス事業利用申請書

年 月 日

上郡町長 あて

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

高齢者等との続柄 \_\_\_\_\_

上郡町認知症高齢者等家族支援サービス事業実施要綱第4条の規定により、利用を申請します。

高齢者等について	氏名		男女	住所	
	生年月日	年 月 日		電話番号	
	要介護度	自立・事業対象者・要支援（1・2）・要介護（1・2・3・4・5）・未申請 （認定年月日： 年 月 日）			
	申請理由				
	現在の状況について、各項目の該当する□内に✓印を付けてください。				
1 自分の名前を <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない					
2 自分の住所を <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない					
3 日常会話に支障が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
4 過去1年以内に家に戻れなかったことが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
5 屋外をあてもなく歩き回ることが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
6 徘徊で警察に保護されたことが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
7 その他（ ）					
同居の家族	氏名	年齢	続柄	備考	
				主な介護者	
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	電話	

上郡町認知症高齢者等家族支援サービス事業の利用にあたり事業者に事業実施のために必要な個人情報を提供することに同意します。 申請者氏名 \_\_\_\_\_

町記入欄	利用対象者番号		利用決定年月日	年 月 日
	機器番号		利用取消年月日	年 月 日
	SOS登録番号	上郡		