

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

みよし市認知症高齢者等家族支援サービス事業利用申請書

みよし市長 様

みよし市認知症高齢者等家族支援サービス事業実施要綱第5条の規定に基づき、位置探索システム専用端末機の利用を申請します。

申込者氏名		探索対象者との続柄	
住 所			
連 絡 先			

【探索対象者情報】

探索対象者の状況	ふりがな					
	氏 名					
	生年月日	年	月	日	年齢	歳
	住 所					
	電話番号					
	要介護状態区分等					
その他の家族の状況	氏名	年齢	続柄	備考		
緊急連絡先①	氏名：  (続柄： )	電話番号（日中）  (夜間)				
緊急連絡先②	氏名：  (続柄： )	電話番号（日中）  (夜間)				
利用希望機種						

※ 65歳以上の方で要介護認定等がない方は、認知症チェックリストに基づき市職員又は地域包括支援センターの職員が聞き取りを行います。

**【介護保険情報の提供に関する同意欄】**

登録者の介護保険に関する情報について、市長が保険者から提供を受けることについて同意します。

同意者 申込者

探索対象者

**※職員記入欄**

認知症高齢者の日常生活自立度	I・II a・II b・III a・III b・IV・M
認知症チェックリストの該当項目数	項目
利用承認	可 ・ 否
位置探索システム専用端末機番号	