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・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・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 |  |