様式第１

認知症高齢者捜索支援サービス事業利用申請書

令和　　年　　月　　日

(あ て 先)　一　宮　市　長

申請者（窓口に来られた方）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 |  | | |
| 氏名 |  | 電話 |  |

下記により認知症高齢者捜索支援サービス事業の利用の申請をします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者（本人） | 氏名 |  | | 男・女 | 生年  月日 | | 大・昭    年 　 月 　　日 | |
| 住所 | □申請者に同じ  一宮市  電話　　　－ | | | | | | |
| 介護者（家族） | 氏名 | □申請者に同じ | | | | 続柄 | |  |
| 住所 | □申請者に同じ  一宮市  電話　　　－ | | | | | | |
| 介護保険の認定状況 | | | 未申請・申請済　（要介護度　　　　） | | | | | |
| 認知症状が始まった時期 | | | 年　　　　月頃より | | | | | |
| 対象者の状況 | | | □　重度…屋外をあてもなく歩き回る | | | | | |
| □　中度…家中をあてもなく歩き回る　　　□　軽度…ときどき部屋内をうろうろする | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人  確認書類 | 運転免許証／経歴証明書・個人番号カード・住基カード・健康保険証（国保・後期）・介護保険証  身体障害者手帳・年金手帳・社員証・その他／聞き取り(　　　　　　　　　　　　　) |