

様式第 1

認知症高齢者搜索支援サービス事業利用申請書

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搜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	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 一宮市 電話 —			
介護者 (家族)	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		続柄	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 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		<input type="checkbox"/> 重度…屋外をあてもなく歩き回る			
確認の方法		<input type="checkbox"/> オペレーターへの電話 <input type="checkbox"/> ウェブサイト			
アカウント用メールアドレス					
※ウェブサイトで確認する場合のみ					

本人 確認書類	運転免許証／経歴証明書・個人番号カード・資格確認書・介護保険証・障害者手帳・年金手帳 社員証・介護専門員証・その他／聞き取り( )
------------	--