

認知症高齢者等安全確保事業利用申請書

和 泉 市 長 あて

申請者 ☐ 本人 ☐ 家族(続柄)

(本人または家族) 住所

申請者のご家族の場合は 氏名

右記にご記入ください。 電話 () —

代理届出人 氏名(続柄) ()

電話 () —

認知症高齢者等安全確保事業の利用について説明を受け、下記のとおり申請します。なお、利用決定のために行う住民基本台帳の確認及び要介護認定調査票(主治医意見書も含む)の確認と訪問調査を承諾します。また、申請書に記載された事項等について警察署や地域包括支援センター、位置情報提供事業者からの要請があった場合、情報提供することを了承します。

ふりがな			性別	男・女
氏 名				
住 所	和泉市	電話		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	
申請理由				
介護認定	未申請・非該当・申請中 要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5) ※サービス利用中の場合 居宅介護事業所名() 担当者()			
障がい者手帳	無 ・ 有 (身体 ・ 精神 ・ 療育 ・ 種 級)			
生活保護	無 ・ 有 (担当者)			
緊急連絡先	氏名： (続柄)			
	住所： 電話：			
	氏名： (続柄)			
	住所： 電話：			

※以下は記入しないでください。

申請受理日： 年 月 日

住民基本台帳確認 ()

調査依頼日： 年 月 日

SOS 登録番号 ()