

第1号様式（第5条関係）

瀬戸市ひとり歩き高齢者家族支援サービス事業利用申請書

年 月 日

（宛先） 瀬戸市長

以下の通り、瀬戸市ひとり歩き高齢者家族支援サービス事業の利用を申請します。

- 1 当事業における対象者宛て送付物については、瀬戸市介護保険事業運営要綱における被保険者証・介護認定給付関係書類の送付先へ送付することに同意します。
- 2 本サービスの利用にあたって、被保護者に関する情報を実施団体に提示することに同意します。

保 護 者 (申 請 者)	住所	〒		
	氏名		電話番号 ()	—
			被保護者との続柄	

利用希望 検索端末	
--------------	--

被 保 護 者	氏名				住所	<input type="checkbox"/> 保護者と同じ
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			写 真	
	身長	cm	体重	kg		
	身体的 特徴					
	下記の該当する項目にチェックを入れてください。					
	1	1年以内に自力で家に戻れなかったことがありますか？			<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
	2	落ち着きなく歩き回ることがありますか？			<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある
	3	自分の名前、住所、電話番号を言えますか？			<input type="checkbox"/> 言える	<input type="checkbox"/> 時々言える <input type="checkbox"/> 言えない
	4	簡単な日常会話に支障がありますか？			<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある

緊急時の 連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号
	1			
	2			
	3			

本サービスの利用にあたって、被保護者に関する情報を実施団体に提示することに同意します。

被保護者氏名 _____

受付者	居住地	住基情報	徘徊癖
	<input type="checkbox"/> 瀬戸市内	<input type="checkbox"/> 瀬戸市内 <input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 認知症診断有 <input type="checkbox"/> チェック項目該当有