

府中市徘徊高齢者等家族支援サービス事業利用申請書

年 月 日

府 中 市 長 様

申 請 者 〒

住所

氏名 印

生年月日 年 月 日

電話番号

徘徊高齢者等との続柄

次のとおり、徘徊高齢者等家族支援サービス事業を利用したいので申請します。なお、住民基本台帳による世帯状況の確認、介護認定審査会資料による認知症・徘徊状況の把握、当サービスを提供する事業者が個人賠償責任危険補償特約を契約する保険会社に必要な個人情報を提供することに同意します。

※該当箇所の記号に、チェック（✓）をしてください。

		受付番号		受付 年月日	年 月 日	
徘徊 高齢 者等 の 状 況	フリガナ		性別	生年月日		
	氏 名		男 ・ 女	年 月 日 (歳)		
	かかわりのある老人介護支援センター 又は居宅介護支援事業所名					
	介護保険の認定申請の有無		有 ・ 無	認定結果 ()		
	身体的 特徴	身長 () cm ・ 体重 () kg				
	徘徊の 状況	<input type="checkbox"/> 重度（屋外をあてもなく歩き回る） <input type="checkbox"/> 中度（家中をあてもなく歩き回る） <input type="checkbox"/> 軽度（時々部屋内をうろうろする）				
	その他の 状 況	1. 自分の氏名が <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 時々言える <input type="checkbox"/> 言えない 2. 自分の住所が <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 時々言える <input type="checkbox"/> 言えない 3. 簡単な日常会話が <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない 4. 家族と他人に区別が <input type="checkbox"/> つく <input type="checkbox"/> 時々つく <input type="checkbox"/> つかない				
過 去 の 徘徊歴 (日時、 発見・保 護場所、 その時の 状況等)						

同居の家族	氏 名		続 柄	年 齢	連 絡 先	
					勤 務 先 等	電話 (携帯電話所持なら、携帯も記入)
緊急 連絡 先	氏 名			続柄	勤務先・電話	
	住 所			電話 (携帯電話所持なら、携帯も記入)		
協 力 員	氏 名	続 柄	住 所		電話 (携帯電話所持なら、携帯も記入)	
	印					
	印					
	印					
	印		民生委員			

《利用者宅の位置図》