

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)			

	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)
同 居 の 家 族					
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》

