

豊中市高齢者みまもりあいステッカー利用支援事業申込書

受付印

豊中市長 あて

下記のとおり、利用申込みします。申込に記載の情報については、警察署・市の委託事業者に情報提供を行うことに同意します。また、豊中市高齢者みまもりあいステッカーを利用するにあたり、申請手続きを豊中市に委任します。

記

(申請者) ※家族等

(ふりがな) 氏名	続柄 ()	自宅	—	—
		携帯	—	—
住所	〒 —			

(利用者情報) ※徘徊のおそれがある方。情報提供について必ず本人の同意を得たうえで、お申込ください。

(ふりがな)		性別	男・女	
氏名		生年月日	明治・大正・昭和・西暦 年 月 日	
住所 (住民登録地)	〒 —			
呼び名		電話	—	—
下記、四角「□」内の該当する箇所にチェック「✓」をしてください(複数回答可) <input type="checkbox"/> 認知症の確定診断が出ている <input type="checkbox"/> 過去に徘徊をしたことがある <input type="checkbox"/> 「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡa以上である (認知症の方にかかる介護の度合いを分類したもので、Ⅱa以上は日常生活に支障をきたすような症状。) ⇒市が調査することに同意します <input type="checkbox"/> 今後、認知症の医療受診を検討している <input type="checkbox"/> その他 ()				
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請			
居宅介護支援事業者	事業所名		電話	— —
同居家族	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 一人暮らし			
行きそうな場所				

(登録する緊急連絡先) ※緊急連絡先に指定いただく方には、必ず同意を得たうえでご記入ください。

緊急連絡先① (一番目に連絡がつながる方)	ふりがな 氏名	続柄 ()	電話	— —
	住所			
緊急連絡先② (二番目に連絡がつながる方)	ふりがな 氏名	続柄 ()	電話	— —
	住所			

<事務処理欄>

決定日	年 月 日	処理者		緊急連絡転送 ID	
-----	-------	-----	--	-----------	--