

豊中市認知症高齢者等見守りサービス申込書

豊中市長 あて

情報提供について必ず本人の同意を得たうえで、下記サービスの利用を申し込みます。

申込書に記載の情報については、申込サービスの委託業者に提供するとともに、必要に応じて警察からの問い合わせや安否確認に利用すること、また審査において市が介護度等調査することに同意します。

申込サービス	徘徊（ひとり歩き）により行方不明になる恐れがあるため、下記サービスを申し込みます。		
	※希望するサービスにチェック「✓」をしてください。		
	※寝たきりの状態など、徘徊（ひとり歩き）をする可能性がない場合は利用できません。		
	<input type="checkbox"/>	認知症個人賠償責任保険	
	<input type="checkbox"/>	みまもりステッカー	
<input type="checkbox"/>	高齢者位置情報システム「どこ・どこサービス」		
<input type="checkbox"/>	高齢者位置情報システム「ミマモルメ」		

※決定通知書は申込者に送付します。

申込者(本人・家族)	ふりがな		利用者との続柄		
	氏名				
	住所	〒 -			
	自宅	-	-	携帯	-

利用者情報	ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成・西暦		
	氏名			年	月	日
	住所	〒 - 豊中市				
	自宅	-	-	携帯	-	-
	要介護度		生活拠点	自宅・施設		
	下記、項目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"/> 認知症の確定診断を受けている（病院名： _____ 診断名： _____） <input type="checkbox"/> 過去に徘徊（ひとり歩き）により行方不明になったことがある（時期： _____ 年 _____ 月頃） <input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度がⅡa以上 <input type="checkbox"/> 認知症の医療受診を検討している					
歩行状況	下記、四角「□」内の該当する箇所にチェック「✓」をしてください			車椅子の 利用状況	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
直近3か月の 症状						

裏面もご記入ください

緊急 連絡先① (主な介護者)	ふりがな	電話番号	
	氏名 続柄 ( )		
	住 所		
緊急 連絡先②	ふりがな	電話番号	
	氏名 続柄 ( )		
	住 所		
緊急 連絡先③	ふりがな	電話番号	
	氏名 続柄 ( )		
	住 所		
緊急 連絡先④	ふりがな	電話番号	
	氏名 続柄 ( )		
	住 所		

～申込にあたっての注意事項～

◆認知症個人賠償責任保険事業を申込みの方へ

- ・保険金請求時に必要となる保険証券番号については、決定通知書に同封して申込者に送付します。
- ・2年ごとに更新が必要です。更新書類は申込者に送付します。

◆みまもりステッカー・高齢者位置情報システムを申込みの方へ

ステッカーまたは端末装置（GPS）の送付先についてお選びください。

<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 申込者	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先（1・2・3・4）
<input type="checkbox"/> その他（氏名：		続柄： 送付先： )