様式第1号(第4条関係)

徘徊高齢者家族支援事業利用申請書

　　年　　月　　日

　　身延町長　　　　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　㊞

電話番号

利用者との関係

　次のとおり申請いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 徘徊高齢者等利用者 | 住所 | 身延町 | 集落名 | 　 |
| 氏名 | 　 | 電話 | 　　　― |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日 | 年齢 | 歳 |
| 主な病名 | 　 | 担当ケアマネ | 　 |
| かかりつけの医療機関 | 　 | 電話 | 　 |
| 状況 | 介護認定状況 | □介護認定(有・無)　□要介護度(　　　　) |
| 日常生活自立度 | □認知症高齢者(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・M) |
| 認知症の状況 | 　 |
| 緊急時連絡先扶養義務者又は | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 | 利用者との関係 | □配偶者　□こども□その他(　　　　) |
| 電話番号 | 　 |
| 民生委員欄 | 【意見書】　　　　　　年　　月　　日民生委員　　　　　　　　　　㊞ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康福祉課 | 課長 | リーダー | 係 | 【特記事項】 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　　　　　　年　　月　　日承認・却下 |