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 | | |