

徘徊高齢者探索システム費用助成申請書

年 月 日

(宛先) 中央区長

(申請者)
住所
ふりがな
氏名
電話

次の状況ですので、探索システム費用の助成を受けたく申請します。

同意事項（※必ずご確認ください。）

- 1 徘徊高齢者探索システムの利用の開始、変更及び解除に係る手続を福祉保健部高齢者福祉課長に委任すること。
- 2 助成対象要件に係る調査及び利用者の負担額の決定のため、世帯員全員の住民票、介護保険及び所得に関する情報並びに介護保険料段階に関する情報（所得に関する情報を公簿等で確認できない場合に限る。）を公簿等で確認すること。また、必要に応じておとしより相談センター、介護支援専門員及び助成の対象となるサービスを提供する事業者（以下「サービス事業者」という。）から利用者に関する情報の提供を受けること。
- 3 助成対象要件に係る調査のため、おとしより相談センター、介護支援専門員及びサービス事業者に利用者に関する情報を提供すること。
- 4 本申請書に記載した内容に変更が生じたとき、又は助成対象とならない状況となったときは、速やかに徘徊高齢者探索システム費用助成利用者異動・辞退届を提出すること。
- 5 虚偽の申請により助成決定を受けたときは、助成決定の取消しを受けること。

介護を受けている方の状況	住所	中央区					
	氏名				年 月 日生		
	要介護度	要介護（ 1 2 3 4 5 ）				要支援	
	認知症の状況	<input type="checkbox"/> 外出して迷子になることがある。 <input type="checkbox"/> 昼と夜の区別がつかない。 <input type="checkbox"/> 落ち着きがなく歩き回る。 <input type="checkbox"/> 家族の区別がつかない。 <input type="checkbox"/> 自分の住所や名前を忘れる。 <input type="checkbox"/> 警察に保護されたことがある。 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	徘徊の頻度	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 月1、2回程度 <input type="checkbox"/> 徘徊のおそれがある					
申請者	氏名		続柄		電話番号		同居・別居
	生活保護世帯等	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付等受給世帯					

※1 申請者及びこの申請に係る介護を受けている者の氏名は、本人が自署してください。ただし、成年被後見人等である場合にあっては、本人に代わって法定代理人が署名することができます。

※2 □の中で該当する事項に✓を付けてください。