

徘徊高齢者等家族支援サービス利用申請書

年 月 日

武蔵村山市長 殿

住所
申請者 氏名 利用者との関係 ()
(家族) 電話 ()

徘徊高齢者等家族支援サービスを利用したいので、下記のとおり申請します。

記

| | | | | | | |
|---|---|--|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 対 象 者 | ふりがな 氏 名 | | | 生年月日 | 年 月 日生 (歳) | |
| | 住 所 | | | | | |
| | 要介護区分 | <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要介護(1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 自立・未申請 | | | | |
| | 利用者の状況（各項目の該当する□内にレ印を付けてください。） | <input type="checkbox"/> 簡単な日常会話にも支障がある。 <input type="checkbox"/> 大声をあげて騒ぐ。 <input type="checkbox"/> 自分の部屋、トイレ等を間違える。 <input type="checkbox"/> 独り言を常に言っている。 <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"/> 家族、知人等を混同する。 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 落ち着きなく歩き回ることがある。 | | | | |
| | 通院の有無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 病名 () | 病院 () | 主治医 () |
| 家 族 の 状 況 | 氏 名 | 続柄 | 年齢 | 主たる介護者 | | 電 話 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 機 器 等 | 個人賠償責任保険 | <input type="checkbox"/> 希望する（保険会社に必要な情報を提供します） <input type="checkbox"/> 希望しない | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 利用者の責めに帰すべき理由で、貸与した機器が故障、破損、紛失等した場合は、その損害を賠償します。 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> この申請に関して、市職員が住民基本台帳、要介護度の認定状況、世帯の市町村民税の状況等の必要な資料を定期的に関係各課から収集することに同意します。 | | | | | | |
| 年 月 日 氏 名 | | | | | | |

記入例

徘徊高齢者等家族支援サービス利用申請書

▲▲年 ▲▲月 ▲▲日

武蔵村山市長 殿

住所 武蔵村山市●●●● ▲-▲-▲

申請者 氏名 記入例 太郎 利用者との関係 (子)
(家族) 電話 XXX (XXX) XXXX

徘徊高齢者等家族支援サービスを利用したいの

サービス利用対象者は要介護者です。
要支援者や自立されている方は新規・
介護申請が必要です。

| | | | |
|-------|---|-----------------|-------|
| 対 | ふりがな | きにゅうれい はなこ | (▲▲歳) |
| | 氏名 | 記入例 花子 | |
| | 住所 | 武蔵村山市●●●● ▲-▲-▲ | |
| 要介護区分 | <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (1 2 ③ 4 5) <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 自立・未申請 | | |

利用者の状況（各項目の該当する口内にレ印を付けてください。）

| | | |
|--------|--|--|
| 象 者 | <input type="checkbox"/> 簡単な日常会話にも支障がある。 | <input type="checkbox"/> 大声をあげて騒ぐ。 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 自分の部屋、トイレ等を間違える。 | <input type="checkbox"/> 独り言を常に言っている。 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 外出して迷子になることがある。 | <input checked="" type="checkbox"/> 昼と夜の区別がつかない。 |
| | <input type="checkbox"/> 家族、知人等を混同する。 | <input checked="" type="checkbox"/> その他（自宅にいても家に帰ると話す） |
| | <input type="checkbox"/> 落ち着きなく歩き回ることがある。 | |
| | | |

通院の有無 病名（アルツハイマー型認知症） 病院（●●●●病院）
電話 XXX (XXX) XXXX

| | | | | |
|-----------------------|-----|-----|---------|----------------|
| 家 族 の 状 況 | 氏 | 記入例 | 介護者 | 電 話 |
| | 記入例 | 記入例 | たる介護者) | XXX (XXX) XXXX |
| | 記入例 | 記入例 | 土曜日を除く) | 同上 |
| | 記入例 | 記入例 | | 同上 |

Aココセコムの機器を利用したい場合は
個人賠償責任保険を「希望しない」に、
Bホームネットの場合は「希望する」に
チェックを入れてください。

| | | | |
|-------------|----------|--|--------------------------------|
| 機 器 等 | 個人賠償責任保険 | <input checked="" type="checkbox"/> 希望する（保険会社に必要な情報を提供します） | <input type="checkbox"/> 希望しない |
| | 賠償 | <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の責めに帰すべき理由で、貸与した機器が故障、破損、紛失等した場合は、その損害を | |

この
必要な
機器の弁償に関する項目と、関係各課への照会に関する項目は、必ずチェックを入れてください。これらに同意されない場合は、申請書を預かれません。

▲▲年▲▲月▲▲日

氏名 記入例 太郎