### 徘徊高齢者家族支援サービス事業利用申請書

年 月 日

井 原 市 長 殿

	住 所	
申請者	氏 名	
	電 話	

徘徊高齢者家族支援サービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

	住 所	井原市	町		番	地			
申請者	ふりがな				生	年	月	日	
	氏 名			男	明	大	昭	•	•
				女					
徘徊のおそ	ふりがな				生	年	月	日	
れのある高	氏 名			男	明	大	昭	•	•
齢者の状況				女					
	介護保険の	要介護状態	区分(該当り	こ○を付けて、	くだ	さい。	)		
	要支援 1	要支援 2							
	要介護 1	要介護 2	要介護3	要介護4	要介記	護 5			
	日常生活に	おける状況	(該当に〇)	を付けてくだる	さい。	,)			
	身体的状况	1							
	• 歩行の								
			•	み移動可 ウ		助が	ない。	と不可	
				装着について	•				
		着している		_	la b B	<b>~</b> >=	<b>-1</b> 2 3	٠٠ . ٢ . ١ . ١	
	・その他、	生店に文障	<b>とさたすよ</b>	うな症状があれ	ri (I	こ記。	人 < 7	ころい	

注:このサービスを利用するには、常時専用機器を携行する必要があり、携行できない場合 には、サービスの利用はできません。また、当該専用機器を紛失し、又はき損した場合 には、その費用を負担していただきます。

# 徘徊高齢者家族支援サービス事業を申請される方へ

- \*申請書と一緒に提出してください。
- \*まもるっくへの登録時に必要な情報になりますので、ご記入ください。

## 【利用者(この事業の申請者)について】

	フリガナ お名前		生年 月日			年	月	日		
ご住所										
				電	話番	号	<del>-</del> (		_	
	①ご自	ご自宅		FAX		(	)	_		
				携帯電話			_	_	_	
ご連絡先	O ## ₹/.			電	話番	号	(	)	_	
	②勤務   ご名称		:(差し支えなければ) 様	FAX			(	)	_	
			. 137		携帯電話			_	-	_
市記載欄(記入不要)			まもるっく電話番号							
			ログインID							
			パスワード							

(位置情報の確認やお問い合わせの際に必要です。)

# 【位置情報対象者(まもるっくを所持する方)について】

フリカ	ガナ			生年					
お名	前			月日		年	月	日	
ご住所						利用者と			
一生	ולו					の続柄			
身長		cm	ご自宅の電話番号	ļ	(	)	_		

### 【利用者以外の連絡先が必要な場合】

フリガナ お名前			生年月日		年		月	日	
ご住所					利用者との続柄				
ご連絡先		電話番号		(	)	_			
		携帯電話			_		_		