

川越市認知症高齢者等家族支援サービス事業利用申請書

年 月 日

(提出先)  
川越市長

申請者 住 所  
氏 名  
認知症高齢者等との続柄

川越市認知症高齢者等家族支援サービス事業を利用したいので、下記のとおり申請します。  
記

希望するサービス		<input type="checkbox"/> 位置情報探知システム		<input type="checkbox"/> ステッカー交付 (1シート・20枚)	
申 請 者	ふりがな 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (記入不要)			
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (記入不要)			
	電話番号	( ) —			
認 知 症 高 齢 者 等 の 状 況	ふりがな 氏 名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	住 所	〒 —			
	電話番号	( ) —			
	申請理由				
	1 外出して家に戻れないことがある	<input type="checkbox"/> 非常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	
	2 外に出たがり目が離せないことがある	<input type="checkbox"/> 非常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	
	3 目的もなく動き回ることがある	<input type="checkbox"/> 非常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	
	4 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことがある	<input type="checkbox"/> 非常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	
	5 昼と夜の区別がつかないことがある	<input type="checkbox"/> 非常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	
	6 過去に認知症等により行方不明になり警察等に保護されたことがある	<input type="checkbox"/> ある( 年 月頃)		<input type="checkbox"/> ない	
	7 外出時に道が分からなくなり歩き回ることが始まった時期	年 月頃から			
8 自分の名前が言える	<input type="checkbox"/> 言える		<input type="checkbox"/> 言えない		
9 自分の住所が言える	<input type="checkbox"/> 言える		<input type="checkbox"/> 言えない		
要介護状態区分	未申請 非該当 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)				

