

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

令和8年 4月 1日

(提出先)  
川越市長

申請者 住所 川越市元町1-3-1  
氏名 川越 二郎  
認知症高齢者等との続柄 子

申請者は認知症高齢者等を介護する  
方等を記入してください。

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 checked="" type="checkbox"/> 位置情報探知システム <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ (記入不要)		
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ (記入不要)		
	電話番号	(049) 224 - 6087		
認知症高齢者等の状況	ふりがな 氏名	かわごえ はなこ 川越 花子	男 <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日 昭和12年4月1日
	住所	〒350 - 8601 川越市元町1-3-1		
	電話番号	(049) 224 - 6087		
	申請理由	同居している実母が認知症により、頻繁に徘徊するようになったため。		
	1 外出して家に戻れないことがある	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
	4 「家に帰る」等と言いつち落ち着きがないことがある	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ある(令和7年 12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	令和7年 10月頃から			
8 自分の名前が言える	<input checked="" 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 checked="" 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)			

申請者の情報を記載してください。

認知症高齢者等の情報を記載してください。

