

記入例

(認知症の症状で検査を受けた方)

第1号様式

令和〇年 〇月 〇日

墨田区長 あて

申請者 住 所 墨田区〇〇 - -
氏 名 墨田 太郎
電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇
対象者との続柄 子

墨田区認知症高齢者見守りシール事業利用申請書

墨田区認知症高齢者見守りシール事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。また、行方不明時の早期発見及び事故の未然防止のため、同要綱第6条及び第7条の規定により、本申請書に記載した情報の関係機関(高齢者支援総合センター、高齢者みまもり相談室、警察署等)への提供及び区が発見者との通信状況等の閲覧を行うことに同意します。

記

1 申請内容

保護の対象となる方	ふりがな	すみだ だいごろう	生 年 月 日
	氏 名	墨田 大五郎	昭和〇年 〇月 〇日
	住 所	墨田区〇〇 - -	
介護保険証 被保険者番号	(被保険者番号をお持ちの方はご記入ください)		
現在の状況	保護の対象となる方の状況(該当するものに○を付けてください。 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 その他(認知症の症状あり(〇〇検査の結果は別紙のとおり))		
その他 連絡可能な ご家族 (任意記載)	氏名(ふりがな)	墨田 花子(すみだ はなこ)	別紙に検査結果(DASC等)を添付してください。
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇	
備 考	対象者との続柄	妻	

【事務局使用欄】

保護対象者ID	
---------	--