

第1号様式

認知症高齢者見守りGPS利用料等助成申請書

墨田区長様 認知症高齢者見守りGPS利用料等の助成を申請します。		申請年月日	年 月 日
申請者氏名 (介護者)	(フリガナ)	本人との関係	
			☐ 同居 ☐ 別居
申請者住所	〒 日中の連絡先 ☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ その他 () 電話番号 ()		

システム利用者 (本人)	被保険者番号		要介護度	1・2・3・4・5・要介護以外
	フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女 ・ その他
	住 所	〒 電話番号 (連絡先) ()		
利用者の状況	1 簡単な日常会話にも支障がある。 ☐ ある ☐ 時々ある ☐ ない 2 自分の部屋、トイレ等を間違える。 ☐ ある ☐ 時々ある ☐ ない 3 外出して家に戻れなくなる。 ☐ ある ☐ 時々ある ☐ ない 4 昼と夜の区別がつかない、夜騒ぐ。 ☐ ある ☐ 時々ある ☐ ない 5 家族、知人等を混同するなど人を間違える。 ☐ ある ☐ 時々ある ☐ ない 6 大声をあげて騒ぐ。 ☐ ある ☐ 時々ある ☐ ない 7 落ち着きなく歩き回ることがある。 ☐ ある ☐ 時々ある ☐ ない 8 ひとりごとを常に言っている。 ☐ ある ☐ 時々ある ☐ ない ※ 要介護以外の場合は、認知症の症状があることを示す検査結果等を併せて提出してください。 (警察署等で行方不明者として保護された場合を除く。)			
	9 現在利用している介護サービスは			
	10 その他特記事項 (警察署等で行方不明者として保護された時期等)			

主治医	住 所	診療科	
	医療機関名	電 話	
生 活 保 護 ☐ 受けている ☐ 受けていない ☐ 申請中			

介護支援事業者 (ケアマネージャー)	事業者名 () 担当者 () 電話番号 ()
申請受付	(高齢者支援総合センター) 担当者 ()

同 意 書

- 1 認知症高齢者見守りGPS利用料等の助成の申請に当たり、墨田区が私（介護者）と同一世帯員の課税台帳等の所得状況及びシステム利用者（本人）の介護保険要介護認定・給付状況等を確認することに同意します。
- 2 探索サービスの利用に際し、必要な場合には、本申請書表面に記入した私（介護者）と同一世帯員及びシステム利用者（本人）の個人情報について、関係機関に提供することに同意します。

介 護 者

システム利用者

同 一 世 帯 員

同 一 世 帯 員

同 一 世 帯 員

※ 介護者とシステム利用者が別世帯の場合は、システム利用者の同一世帯員をご記入ください。