

様式第1号 (第4条関係)

認知症高齢者等見守り用品導入費用助成申請書

年 月 日

(宛名) 伊達市長

申請者 住所
氏名
電話
利用者との続柄 ()

認知症高齢者等見守り用品 (GPS (全地球測位システム) 機能付位置情報探索携帯端末及び標準充電器) の利用にかかる加入料金等の導入費用の助成を受けたいので次のとおり申請します。

利用者	氏名				生年月日	年 月 日(歳)	
	住所						
介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中 認定なし						
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	同居・別居	連絡先		
			年 月 日				
			年 月 日				
身体特徴	身長	cm	体重	kg	体型	太・小太り・中肉・やせ・がっちり	
	頭髪	あり (白髪;部分・全部) なし		眼鏡	あり () なし		
	特記						
認知症の診断	有 (疾患名) ・無						
認知症の症状	<input type="checkbox"/> 自分の名前が言えない <input type="checkbox"/> 住所が言えない <input type="checkbox"/> 直前のことを忘れる <input type="checkbox"/> 最近の出来事がわからない <input type="checkbox"/> 物忘れ、置き忘れが目立つ <input type="checkbox"/> その他 ()						
徘徊等の状況	徘徊頻度	1. 数か月に1回 2. 月に1回程度 3. 月に2~3回程度 4. 週に数回程度					
	歩行能力	1. 素早く歩く 2. ゆっくり、しっかり歩く 3. ふらついている、不安定さあり					
	交通手段	1. 徒歩 2. 自転車 3. バスや電車 4. その他 ()					
	徘徊歴	年 月頃から	警察の保護歴	あり (回 年 月頃)			
	立寄り場所	1. 家の周辺 2. 知人宅 (町) 3. その他 ()					
<input type="checkbox"/> 本書の情報を警察署、伊達市地域包括支援センター、利用している居宅介護支援事業所に提供することを了承します。				利用者氏名 _____ 申請者氏名 _____			

助成対象 用品名称	(基本セット及び標準充電器一式)	助成番号 (市記入欄)	
--------------	------------------	----------------	--