

様式第1号 (第4条関係)

認知症高齢者等見守り用品給付申請書

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 (アイロンラベルシール・反射シール) の給付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 _____			

給付番号 (市記入欄)	
-------------	--