

年 月 日

探索サービス利用申込書

清瀬市長 殿

申請者

氏名 _____ ⑩ (続柄 _____)

住所 _____

電話 _____

下記のとおり関係書類を添えて徘徊高齢者位置探索サービス利用を申し込みます。
利用者（徘徊行動のある高齢者を介護する方）

フリガナ		続柄	生年月日				
氏名			大・昭・平 年 月 日				
住所		電話番号 携帯番号	— — — —				
勤務先	名称	電話番号	— —				
暗証番号	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					4桁の数字をご記入ください (事業者への位置情報の確認や問合せの際に使用します)	

対象者（徘徊行動のある高齢者）

フリガナ		性別 男・女	生年月日
対象者氏名		身長 cm	明・大・昭 年 月 日
住所	清瀬市	電話番号	— —
医療機関等 (認知症の診断)	病名	主治医	
	病院名	電話番号	— —

※緊急連絡先については利用者以外で連絡のつく親族がいる場合は記入をお願いします。

緊急連絡先	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	住所・電話番号・携帯電話
			大・昭・平 年 月 日	電話 — — 携帯 — —

申請理由

同意欄

徘徊高齢者位置探索サービス利用に際し、対象者に関する住民基本台帳・介護保険認定状況について、関係各課に確認することに同意します。
また、認知症に関する情報について、必要に応じて診断書を提出いたします。

氏名 _____ ⑩