

徘徊高齢者等家族支援サービス利用申請書

年 月 日

立川市長 殿

徘徊高齢者等家族支援サービスについて、次のとおり申請します。

申請者 (家族介護者)	ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名		<input type="checkbox"/> 女 年 月 日生 (歳)
	住所	立川	申請を行う方について記入してください。
	電話	()	/ 携帯電話 ()
	被介護者との関係		
被介護者 (被保険者となる者)	ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名		被介護者(機器を携帯される方)について記入してください。 日生 (歳)
	住所	立川市 町 丁目	
	電話	()	/ 携帯電話 ()
	状況	各項目の該当する□にチェックしてください <input type="checkbox"/> 簡単な日常会話にも支障がある <input type="checkbox"/> 大声をあげて騒ぐ <input type="checkbox"/> 自分の部屋、トイレ等の場所を間違える <input type="checkbox"/> 独り言を常にいつている <input type="checkbox"/> 外出して迷子になることがある <input type="checkbox"/> 昼と夜の区別がつかない <input type="checkbox"/> 家族、知人を混同する <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 落ち着きなく歩き回ることがある	
申請理由	申請理由を詳しく記入してください。 徘徊行動や認知症の程度等、詳しく記入してください。		
《徘徊行動開始時期》 年 月頃から ・ 《頻度》 頻回・時々・一度だけ			
居室介護支援事 担当ケアマネジャー 電話番号 介護認定状況 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援(12) <input type="checkbox"/> 要介護(12345) オプション GPSシューズ (GPS端末を収納できる専用の靴) ※全額自己負担 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない 数量 オプションのGPSシューズを希望する場合、数量を記入・希望のサイズに○をつけてください。※サイズは1cmごとです。			

※ 本事業の利用にあたり、下記のことにご同意します。(もれなく☑チェックして下さい)

- 介護保険認定結果(認定調査票及び主治医意見書等を含む)を確認すること。
- 申請者及び被介護者の家族等の住民登録・所得の状況等を公簿により確認すること。
- 利用世帯の責めに帰すべき事由により機器を故障させ、破損し、又は紛失したときは、修理・交換費用を支払うこと。
- 日常生活賠償保険を付帯すること。(内容は裏面参照)
- 日常生活賠償保険を付帯するにあたり、保険会社に必要な個人情報を提供すること。
- 状況によって、位置情報サービスの提供ができない場合があることについて承諾すること。

年 月 日

申請者署名

(署名又は押印)

申請者署名(自筆)または押印をお願いします。

.....(下は記入しないでください).....

上記申請について、次のとおりとする。(決定・却下)			立福高第 号		
課税状況	個人・世帯・非・生保・転入	起案	・	・	担当 係長 課長
自己負担	あり(納付書: 送付・着金)・なし	決定	・	・	
世帯状況	高齢者のみ・日中独居・その他	施行	・	・	

立川市徘徊高齢者等家族支援サービス事業申請書（裏面）

緊急連絡先 ※複数いる場合は優先順位が高い順に記入をお願いします。

ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 ()歳 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
氏名			
住所	〒		
電話番号		携帯番号	
FAX番号		被介護者との続柄	
ふりがな	<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #fff9c4;"> <p>優先順位の高い順に緊急連絡先を記入してください。 こちらに記入された内容は、位置情報センターへ電話で問い合わせた際に、問い合わせた人の本人確認で利用するため、間違いなく記入をお願いします。 同居のご家族以外も記入可能です。</p> </div>		
氏名			
住所			
電話番号			
FAX番号			
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 ()歳 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
住所	〒		
電話番号		携帯番号	
FAX番号		被介護者との続柄	
ふりがな			
氏名			
住所			
電話番号			
FAX番号			
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 ()歳 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
住所	〒		
電話番号		携帯番号	
FAX番号		被介護者との続柄	
ふりがな			
氏名			
住所			
電話番号			
FAX番号			
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 ()歳 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
住所	〒		
電話番号		携帯番号	
FAX番号		被介護者との続柄	

◆日常生活賠償保険について

- ・本サービスには、団体日常生活賠償保険日常生活賠償特約が付帯されています。
- ・日常生活賠償特約とは、他人に怪我をさせたり他人の物を壊したりして法律上の損害賠償責任を負った場合に備える保険です。
- ・補償内容については次のとおりとなります。また、保険金のお支払いには、保険会社の定める条件があります。
 日常生活賠償保険金（免責金額0円）（法律上の損害賠償責任を負った場合）最大3億円