様式第１号(第５条関係)

　　　　　　年　　月　　日

鉾田市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との関係

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者連絡先

鉾田市認知症高齢者等見守りシール活用事業利用申請書

　次のとおり事業を利用したいので申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者  (認知症高齢者等) | ふりがな  氏　名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日(　　　　歳) | | |
| 住　所 | 〒  鉾田市 | | |
| 電　話 |  | | |
| 見守りシール  送付先 | 氏　名 |  | | |
| 住　所 |  | | |
| 電　話 |  | 対象者との関係 |  |
| 対象者情報 | 別紙のとおり  ※この事業の台帳において支援者(緊急連絡先)に登録する親族等には，申請について同意を得ておいてください。 | | | |
| ●上記の事業を受けるに当たり，次の事項について誓約します。  １　見守りシールは適切な管理のもとに使用し，故意に折り曲げたり，丸めたりはしません。  ２　見守りシールを目的に反して使用し，譲渡し，交換し，貸与し，又は担保に供しません。  ３　緊急事態発生時には，警察署や消防署，民生委員児童委員等の協力機関に登録情報(認知症に関する情報を含む。)を提供することに同意いたします。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者氏名 | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (別紙) | 登録日 | 年　　月　　日 |

鉾田市認知症高齢者等見守りシール活用事業原票

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  対象者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日(　　　　歳) |
| 住所 | 〒  鉾田市 |
| 電話 |  |

家族構成

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | (　　　歳) | 続柄(　　　) | 同居・別居 |
| 氏　名 |  | (　　　歳) | 続柄(　　　) | 同居・別居 |
| 氏　名 |  | (　　　歳) | 続柄(　　　) | 同居・別居 |

緊急連絡先　※緊急連絡先は２名以上の記入をお願いします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先　① | ふりがな |  | 対象者との関係 |  |
| 氏　　名 |  | | |
| 住　　所 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 勤 務 先 | 電話番号 | | |
| 連絡先　② | ふりがな |  | 対象者との関係 |  |
| 氏　　名 |  | | |
| 住　　所 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 勤 務 先 | 電話番号 | | |
| 連絡先　③ | ふりがな |  | 対象者との関係 |  |
| 氏　　名 |  | | |
| 住　　所 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 勤 務 先 | 電話番号 | | |

身体の状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身長：　　　　　cm | 体重：　　　　kg | 体格：　肥満　・　中肉　・　痩身 | | | |
| 眼鏡：　有・無 | 頭髪の特徴： | | | 入歯：　有・無 | |
| 特記事項 | ※出身地・前住所・職業・行きつけの場所・愛称・持ち歩くもの等 | | | | |
| 病　　名 | 主治医氏名 | 医療機関名 | | | 電話番号 |
|  |  |  | | |  |
|  |  | |  | |  |
| 徘徊の状況 | | | | | |
| 徘徊の状況 | □　外出時，道に迷ったり自宅に帰れないことがある。  □　外出時，徘徊するが自分で自宅に戻れる。  □　現在は特に徘徊はしない。 | | | | |
| 徘徊の頻度 | □　ほとんど毎日　　□　週に１～２回  □　月に１～２回　　□　その他(　　　　　　) | | | | |
| 普段の外出状況や行動の特徴 | ※よく行く行先や行動パターンや普段よく口にする行先等 | | | | |
| 過去の徘徊歴等 | ※過去の徘徊歴，発見場所 | | | | |
| 歩行状況等 | 公共交通機関等の独力利用　：　できる　・　できない  　電車・バス・タクシー・その他(　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| 認知機能の状況 | | | | | |
| １.氏名 | □　言える　 □　時々言えない　　 □　言えない | | | | |
| ２.住所 | □　言える　 □　時々言えない　　 □　言えない | | | | |
| ３.生年月日 | □　言える □　時々言えない　　 □　言えない | | | | |
| ４.意思の伝達 | □　できる　 □　時々できる　　　 □　ほとんどできない  □　できない | | | | |
| ５.日常の意思決定 | □　できる　 □　特別な場合を除いてできる  □　日常的に困難　 □　できない | | | | |

その他

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険 | 総合事業対象者 | | 要支援(１・２) | |
| 要介護(１・２・３・４・５) | | | 申請中・未申請 |
| 担当ケアマネジャー | 氏　名 |  | | |
| 事業所名 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 身障手帳 | 有　　・　　無  (　　　　　　　手帳　　　　　種　　　　　級　) | | | |

注意事項※緊急時(保護時等)の対応に注意すべきことがあればご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 対象者本人写真貼付欄  　※対象者本人の特徴が分かる写真を提出してください。  （１～２枚、できるだけ最近撮影したもの） |