

第1号様式（第9条関係）

草加市地域支援事業サービス利用申請書

年 月 日

草加市長 宛て

住所

申請者 氏名



※氏名を署名した場合は、押印を省略することができます。

電話・FAX番号

本人との続柄

次のとおり地域支援事業のサービスを利用したいので申請します。

利用者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要) 草加市		
	フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話・FAX番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ()
申請理由				
申請するサービス (申請したいサービスの種類に○印を付けてください。)				
	1 認知症高齢者位置情報探索事業			
	2 認知症高齢者家族やすらぎ支援事業			
	3 おむつ支給事業			
	4 あんしん見守りネットワーク事業			
	5 医療・救急情報管理システム事業			
世帯状況 (該当する箇所にも○印を付けてください。)				
	ひとり暮らし世帯		日中独居世帯等	
	高齢者のみの世帯		その他の世帯	
要介護認定の状況		被保険者番号		
	申請無し	申請中	自立	要支援1
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4
				要支援2
				要介護5

(注) 事業ごとに必要な資料を添付してください。

認知症高齢者位置情報探索事業利用及び情報提供に関する同意書

年 月 日

草加市長 あて

認知症高齢者位置情報探索事業を利用するにあたり、次の事項に同意いたします。

認知症高齢者位置情報探索事業の利用にあたり、本人の住所、氏名、生年月日、緊急連絡先、端末番号について、本人の検索を行うことを目的に、草加市から埼玉県草加警察署に情報提供することに同意いたします。

住所 _____

氏名 _____ ㊞

※氏名を自署した場合は、押印を省略することができます。

生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____

※同意者が代理人の場合のみ記入

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ ㊞

本人との続柄 _____

電話番号 _____