

課 長	課長補佐兼 庶務係長	課長補佐兼 高齢支援係長	担 当	(合議欄) 認知症担当	起 案	令和 年 月 日
					決 裁	令和 年 月 日

下記により利用決定してよいか伺います。

佐世保市徘徊高齢者家族支援サービス事業利用申請書

佐世保市長 様

令和 年 月 日

(利用者)

氏名

私は、徘徊高齢者家族支援サービスの利用を申請します。

あわせて、佐世保市が徘徊高齢者家族支援サービス実施にあたって必要な情報を調査し、関係する事業者に必要な情報を通知することに同意します。

利用者 (検索を行う方)	フリガナ				生年月日	年 月 日	
	氏 名						
	住 所	※ビル名、マンション名、部屋番号まで記入。					
	連 絡 先	①自宅	電話番号		FAX		
		②携帯	電話番号				
		③勤務先	電話番号		名 称		
対象者 (機器を携帯する方)	フリガナ				生年月日	年 月 日	
	氏 名						
	住 所	※ビル名、マンション名、部屋番号まで記入。利用者と同一場合は記入不要。					
	性 別		身 長	cm	利用者との続柄		
	主 疾 患 名				ペースメーカー使用	有 ・ 無	
	要介護認定	認定済み[非該当・要支援()・要介護()]・申請中・未申請					
	認 知 症 の 状 態	☐ 落ち着きなく歩き回ることがある。 ☐ 行きつけの場所でも迷子になる。 ☐ 昼夜の区別がつかず、夜騒ぐ。 ☐ 警察に保護されたことがある。 ☐ 見当識障害(時間・場所・その他:) ☐ その他()					
徘徊の頻度	年・月・週()回程度			徘徊ワッペン使用	有 ・ 無		
緊急連絡先	フリガナ				生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
	氏 名						
	住 所	※ビル名、マンション名、部屋番号まで記入。利用者と同一場合は記入不要。					
	電 話 番 号	①自宅			利用者との続柄		
		②携帯					
暗証番号 (4桁の数字)					※位置の検索をする場合に必ず必要となりますので、 忘れないよう控えておいてください。		
付属品の希望 (選択して下さい)		Aセット・Bセット		Aセット(税別2,500円):ACアダプター、充電器付属 Bセット(税別5,900円):ACアダプター、充電器、追加バッテリー付属			