

認知症高齢者等家族支援事業利用申請書

令和3年 4月 1日

ふじみ野市長 宛て

申請者 住所 **ふじみ野市福岡1-1-1**  
 氏名 **ふじみ野 一郎**  
 対象者との続柄 **子**

自筆で記入してください。  
 (PC不可)

認知症高齢者等家族支援事業を利用したいので、下記の記  
 認認知症高齢者等を介護する者等を記載してください。

希望するサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 位置検索	<input type="checkbox"/> ステッカー交付		
介護者 (端末機器管理者)	ふりがな 氏名	<b>ふじみの いちろう ふじみ野 一郎</b>	生年月日	<b>昭和43年4月1日</b>
	住所	<b>ふじみ野市1-1-1</b>		
	電話番号	<b>( ) 261-2611</b>		

「介護者」は対象者を介護する方です。  
 位置検索サービスを利用する場合は、  
 端末機器管理者になります。

対象者(認知症高齢者等)の  
 情報を記載してください。

ふじみの はなこ  
 ふじみ野 花子

男  
 女

生年月日 **昭和13年4月1日**

**56-8501 ふじみ野市福岡1-1-1**  
**) 261-2811**

申請理由	<b>同居し介護をしている実母が認知症により、外出時頻繁に歩き回るようになったため。</b>			
認知症高齢者等の状況	1 外出して家に戻れないことがある	<input checked="" type="checkbox"/> 非常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
	2 外に出たがり目が離せないことがある	<input checked="" type="checkbox"/> 非常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
	3 目的もなく動き回ることがある	<input type="checkbox"/> 非常にある	<input checked="" type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
	4 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことがある	<input checked="" type="checkbox"/> 非常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
	5 昼と夜の区別がつかないことがある	<input checked="" type="checkbox"/> 非常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
	6 過去に認知症等のため行方不明になり警察等に保護されたことがある	<input checked="" type="checkbox"/> ある(令和3年1月頃)		<input type="checkbox"/> ない
	7 外出時に道が分からなくなり歩き回ることが始まった時期	<b>令和2年 12月頃から</b>		
	8 自分の名前が言える	<input checked="" type="checkbox"/> 言える		<input type="checkbox"/> 言えない
	9 自分の住所が言える	<input type="checkbox"/> 言える		<input checked="" type="checkbox"/> 言えない
要介護状態区分	<b>未申請</b> 非該当 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)			