

宝塚市認知症高齢者等見守り機器貸与事業利用申請書

(あて先) 宝塚市長

令和 年 月 日

申請者 住 所 宝塚市 _____

 氏 名 _____
 電話番号 () _____

宝塚市認知症高齢者等見守り機器貸与事業実施要綱第5条の規定に基づき、利用を申請します。

対象 高 齢 者	住 所	宝塚市		
	氏 名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
	要介護認定状態(該当する項目の□にレ印をつけてください。)			
	<input type="checkbox"/> 認定を受けていない <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
対 象 高 齢 者	行方不明の状況(該当する項目の□にレ印をつけてください。)			
	<input type="checkbox"/> 家中をあてもなく歩き回る <input type="checkbox"/> 屋外をあてもなく歩き回る <input type="checkbox"/> 警察に保護されたことがある <div style="float: right; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">特記事項</div>			
植え込み型心臓ペースメーカー装着等の状況(該当する項目の□にレ印をつけてください。) <input type="checkbox"/> 本人が植え込み型心臓ペースメーカーを装着している。 ※該当する場合は利用できません。 <input type="checkbox"/> 家族が植え込み型心臓ペースメーカーを使用している、又は、本人や家族が植え込み型心臓ペースメーカー以外の医用電気機器を使用している。 電波による医用電気機器への影響の有無 (必ず医用電気機器メーカー等に確認してください。) <input type="checkbox"/> 影響有り <input type="checkbox"/> 影響無し ※影響有りの場合は利用できません。				
緊 急 連絡先	① 氏名		電話番号	() 自宅・携帯・その他()
	② 氏名		電話番号	() 自宅・携帯・その他()
調 査 承 諾 欄	この申請の決定事務に必要な市税に関する賦課徴収資料及び対象高齢者の介護保険認定状況の調査を承諾します。 (※)本人が自署しない場合は、記名押印してください。			
		氏 名	対象高齢者との続柄	承諾印(※)
	申請者			市民税確認欄 (市記入用)
	対象高齢者			□非課税 □課税
	その他の同居家族※			□非課税 □課税
	同居家族※			□非課税 □課税
※注意 その他の同居家族欄には、申請者と同居しているご家族全員を記入してください。				