

第1号様式（表）（第5）

府中市認知症高齢者等探索サービス利用申込書

年 月 日

府 中 市 長

申込者 ふり がな 氏 名 _____
 (家族等) 住 所 _____
 電 話 _____
 装着者との続柄 _____
 生活保護受給の有無 有 ・ 無 _____

次のとおり認知症高齢者等探索サービスの利用を申し込みます。
 また、申込みに当たって、裏面記載の同意事項に同意します。

1 機器の装着者

<small>ふり がな</small> 氏 名	生年月日
	年 月 日
住所	電話 _____
要介 護度	未申請 ・ 申請中 ・ 非該当（自立） 要支援（1・2） ・ 要介護（1・2・3・4・5）

2 緊急連絡先

<small>ふり がな</small> 氏 名	住所	続柄	電話

対象要件の該当状況を確認するため、市が機器の装着者に係る医師の診断結果を公簿等により確認することに
同意します 同意しません

(市内に居住する申込者のみ)

サービス利用に当たっての自己負担額の有無を確認するため、申込者の生活保護の受給状況を公簿等により確認することに
同意します 同意しません

(裏面に続く)

第1号様式（裏）

【同意事項】

- 1 利用可否の決定に当たり必要な場合に機器の装着者の日常生活行動等を調査するため、この申込書の記載内容を市が地域包括支援センターと共有すること。
- 2 この事業のサービス（所在不明時の探索、個人賠償責任保険）を市が提供するため、この申込書に記載された内容を市が指定する委託業者と共有すること。
- 3 所在が不明になった場合に保護を円滑に行うことができる体制を事前に構築するため、この申込書の記載内容を市が地域包括支援センターと共有すること。
- 4 所在が不明になった場合に早期に探知し、保護を円滑に行うため、この申込書の記載内容を市が民生委員及び警察に提供すること。
- 5 所在不明時に発生した事故等に関して、市に重要な過失がある場合を除き、市は一切の責任を負わないこと。