

様式第1号（第5条関係）

長久手市認知症高齢者等家族支援事業利用申請書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者(利用者) 住所
 氏名
 電話
 被保護者との続柄 ()

長久手市認知症高齢者等家族支援事業の利用を申請します。

被 保 護 者	住所		電話 番号	
	氏名		男・女	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日
	最近の生活状況（下記の該当する項目に○をお付けください）			
	1年以内に家に居られなくなったことがありますか。		ある	ない
	自分の名前・住所・電話番号が言えますか。		言える	時々言える 言えない
	落ち着きなく歩き回ることがありますか。		ある	時々ある ない
日常会話に支障がありますか。		ある	ない	
緊 急 連 絡 先	住所		電話 番号	
	氏名		被保護者 との続柄	
	住所		電話 番号	
	氏名		被保護者 との続柄	
そ の 他				

本事業の利用にあたって、申請書に記載された個人情報（被保護者の最近の生活状況については除く。）を委託業者へ通知することに同意します。

申請者(利用者)氏名（署名又は記名押印） _____