

別記第1号様式(第3条第1項関係)

高齢者あんしん位置情報サービス利用申請書

豊島区長

令和 年 月 日

来所者氏名

(事業所名・氏名)

電話

対象者との関係

高齢者あんしん位置情報サービス事業を利用したく、下記のとおり申請します。

対象者	住所	豊島区 方・荘	丁目	番号	自宅TEL 携帯TEL	() ()
	フリガナ 氏名			生年月日 明治・大正・昭和	年 月 日 (歳)	
対象者の状況	介護度 (○をつける) 介護度なし・要支援【1・2】・要介護【1・2・3・4・5】				介護保険料所得段階 第 段階	
	認知症の状態	<input type="checkbox"/> 自分の部屋、トイレ等を間違える <input type="checkbox"/> 落ち着きなく歩き回ることがある <input type="checkbox"/> 昼夜の区別がつかず、夜騒ぐ <input type="checkbox"/> 特定の場所に行きたがる <input type="checkbox"/> 目的、行先が不明 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 遠隔地まで徘徊する <input type="checkbox"/> 幻覚、妄想による徘徊 <input type="checkbox"/> 行きつけの場所でも迷子になる <input type="checkbox"/> 自宅を他人の家と思う <input type="checkbox"/> 見当識障害 [時間・場所・人] <input type="checkbox"/> 警察に保護されたことがある	
申請者	フリガナ 氏名	住所 電話			関係	同居 同居・別居 (○をつける)
介そ 護の 者他	フリガナ 氏名	住所 電話			関係	同居 同居・別居 (○をつける)

同意書

豊島区長

高齢者あんしん位置情報サービス事業を利用するにあたり、豊島区が契約を締結した位置情報サービス事業者に対し、わたし及び対象者について必要な情報を提供することに同意いたします。また、対象利用料の自己負担金有無の確認のため、毎年対象者の介護保険料所得段階を調査することに同意します。 令和 年 月 日

対象者氏名

申請者
(介護者)住所

申請者署名

上記の申請について、下記のとおり決定する。

番号	第 号
受付日	令 / /
助成決定	助成・却下
決定日	令 / /
自己負担	有・無

所得段階	<input type="checkbox"/> 入力	<input type="checkbox"/> 通知	<input type="checkbox"/> 事業者へ連絡	受付印	
	高齢者福祉課		高齢者総合相談センター		
課長	係長	担当	確認	受付	