様式第１号（第６条関係）

つがる市認知症高齢者等GPS機器利用助成事業利用申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

つがる市長

介護者

住　　所

氏　　名

徘徊高齢者等との関係

電話番号

つがる市認知症高齢者等GPS機器利用助成事業実施要綱第６条の規定により、下記のとおり申請します。

１　徘徊高齢者等

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)  氏　 名 | （　　　　　　　　） | 性別 |  | 生年月日 | 年 　月 　日 |
| 住　 所 | 〒 | | | 電話番号 |  |
| 介 護 認 定 | 未申請　　申請中　　要支援・要介護　１ ２ ３ ４ ５ | | | | |
| 主　治　医 | 医療機関名：　　　　　　　　　主治医氏名： | | | | |
| 介護支援専門員 | 事業所名：　　　　　　　　　　氏名： | | | | |
| 徘徊の状況 | ＊状況・頻度等を具体的に記入してください。 | | | | |

２　助成対象端末機及び助成対象見込み額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 端末機 | 事業者名  □履歴確認タイプ　　　　□手動検索タイプ | |
| 対象経費  (初期費用) | ・初期登録料　　　　　　　　　　　　　　円  ・６か月目までの基本利用料　　　　　　　円 | 対象経費の計  　　　　　　　　　　　円 |
| 端末機利用  開始予定月 | 年　　　月 | |

【添付書類】

　　・介護者及び徘徊高齢者等の身分証明書（マイナンバーカード・運転免許証等）の写し

　 ・同意書（つがる市認知症高齢者等GPS機器利用助成事業実施要綱第６条関係：様式２号）