

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 <input type="checkbox"/> 履歴確認タイプ <input type="checkbox"/> 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）