

2020年6月2日

（あて先） 昭 島 市 長

住 所 昭島市昭和町××-××-×
 申 請 者 氏 名 昭 島 花 子
 （機器携帯者との続柄 妻 ）

認知症高齢者探索サービス事業利用申請書

昭島市認知症高齢者探索サービス事業実施要綱第4条に規定により、認知症
 高齢者探索サービス事業の利用について、下記のとおり申請します。

記

機器携帯者	フリガナ 氏 名	アキシマ 昭 島 太 郎	生年月日	昭和17年4月30日
			介護保険 認定区分	要支援2
機器携帯者	住所	昭島市昭和町××-××-×		
	連絡先	(連絡先電話番号 : 042-544-0000)		
申請の理由	昼間散歩中に道に迷って、帰れなくなることが増えてきたため。 (利用するサービス : ココセコム (SECOM))			
機器携帯者の 家族状況	氏 名	続 柄	住 所 ・ 連 絡 先	
	昭 島 花 子	妻	昭島市昭和町××-××-× (連絡先電話番号 : 042-544-0000)	
	昭 島 小太郎	長男	昭島市東町××-××-× (連絡先電話番号 : 042-546-0000)	
			(連絡先電話番号 :)	

※ 昭島市認知症高齢者位置情報サービス利用料金の免除を受けたいので、生活保
 護受給者であることを生活保護システム等で確認することに同意します。

氏 名 昭 島 太 郎