

年 月 日

（宛先）昭島市長

住 所 昭島市田中町×××-×××-×××

申請者 氏 名 昭島花子

（機器携帯者との続柄 妻 ）

認知症高齢者等探索サービス事業 利用申請書

昭島市認知症高齢者等探索サービス事業実施要綱第4条の規定により、認知症高齢者等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	アキシマタロウ	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	氏 名	昭島太郎	介護保険 認定区分	要支援2
	住 所	昭島市田中町×××-×××-×××		
	連絡先	連絡先 電話番号：042-544-〇〇〇〇		
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： )			
機器携帯者の 家族の状況	氏 名	続 柄	住 所 ・ 連 絡 先	
	昭島花子	妻	昭島市田中町×××-×××-××× 連絡先 電話番号：080-1234-〇〇〇〇	
	昭島小太郎	子	昭島市昭和町×××-×××-××× 連絡先 電話番号：090-2345-〇〇〇〇	
			連絡先 電話番号：	