

年 月 日

（宛先）昭 島 市 長

住 所

申 請 者 氏 名

（機器携帯者との続柄）

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		生年月日	年 月 日
	氏 名		介護保険 認定区分	
	住 所 連絡先	(連絡先 電話番号：)		
申 請 の 理 由	(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	
			(連絡先 電話番号：)	
			(連絡先 電話番号：)	
			(連絡先 電話番号：)	

※昭島市認知症高齢者等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。

※昭島市以外で生活保護を受給している場合は、生活保護実施機関の発行した保護受給証明書を提出します。

氏名 _____