様式第１号（第５条関係）

年　　　月　　　日

四條畷市認知症高齢者等位置情報提供サービス費助成金交付申請書

四條畷市長　宛

申請者　住所

氏名　　　　　　　　続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

四條畷市認知症高齢者等位置情報提供サービス費助成事業実施要綱第５条の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。なお、助成金の交付が決定された場合、その請求及び受領の権限は下記の指定事業者に委任するとともに、申請者の個人情報（氏名、住所及び電話番号）を同事業者に通知することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 |  |  | | | 性別 | | 男  ・  女 | 旧　姓 | |  | |
| 住　所 | 電話　　　（　　　） | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 介護認定 | 要支援　１・２  要介護　１・２・３・４・５  申請中　・　未申請 | | | | サービス利用 | | | | □あり　□なし | |
| 緊急連絡先①  （身元引受人） | | 氏名 | |  | | 続柄 | | | 電話番号 |  | |
|  | | | (携帯) | |
| 緊急連絡先②  （身元引受人） | | 氏名 | |  | | 続柄 | | | 電話番号 |  | |
|  | | | (携帯) | |
| 利用対象者及び緊急連絡先の情報を「四條畷警察」に提供することを希望しますか。 | | | | | | | | | | | □はい　□いいえ |
| 介護状況の申告  ※介護内容と頻度を具体的に記載してください。 | | | （例）週３回訪問し、服薬確認や入浴介助を行っている。  （例）毎日、夕方５時頃、電話で在宅を確認している。 | | | | | | | | |
| 助成を希望するGPS端末  （指定事業者名・機種名） | | |  | | | | | | | | |