

様式第 1 号（第 4 条関係）

水戸市認知症高齢者等家族支援位置探索サービス助成申請書

年 月 日

水戸市長 様

認知症高齢者等家族支援サービス助成を受けたいので、水戸市認知症高齢者等家族支援位置探索サービス助成事業実施要項第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

申請者 (介護者)	住 所			
	ふりがな 氏 名		電話	
	認知症高齢者との続柄		☐ 同居 ☐ 別居	
認知症 高齢者	住 所	水戸市		
	ふりがな 氏 名		電話	—
	生年月日	年 月 日 (歳)	性別	☐ 男 ☐ 女
SOS ネットワーク登録 有 (水戸市 番) 無				
おかえりマーク登録 有 (水戸市 番) 無				
利用開始希望月		年 月分から		
申請にあたり、要介護状態区分等の確認のため、私の介護保険要介護認定情報等を調査確認することに同意します。				
氏名 印				

様式第 6 号（第 10 条関係）

年 月 日

水戸市長 様

届出者 住所
氏名
電話番号

水戸市認知症高齢者等家族支援位置探索サービス利用中止届

年 月 日付けで申請のあった認知症高齢者等家族支援位置探索サービスの助成について、水戸市認知症高齢者等家族支援位置探索サービス助成事業実施要項第 10 条の規定により、次のとおり届け出ます。

認知症高齢者	フリガナ 氏 名		電話番号	
	住 所		生年月日	
利用を 中止する日				
中止の理由	1 本事業の対象者の要件に該当しなくなった。 2 利用者が位置探索サービスの利用を中止した。 3 その他 []			