

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

（宛先）高松市長

高松市高齢者特別あんしん見守り事業利用（更新）申請書

次のとおり、高松市高齢者特別あんしん見守り事業の利用を申請します。
 なお、この申請において提供した情報に関して、訪問員、担当ケアマネジャー、民生委員児童委員に提供されることに同意します。

ふりがな				生年月日	年 月 日 (歳)
申請者 氏名	⑩				
住 所				電話番号	
現 況	☐ 介護保険法第 19 条第 1 項の規定による要介護認定を受けているものの、適当なサービスを利用していない ☐ 認知症等、精神上の理由により、自力での在宅生活に支障を来すおそれがある ☐ セルフネグレクト等の理由により、身体の安全確保が困難となるおそれがある ☐ 近隣とのかかわりが希薄で、ひきこもりがちである				
世帯状況	☐ 一人暮らし ☐ 高齢者のみ世帯 ☐ その他				
	氏 名	続柄	生年月日		備 考
近親者の状況	氏 名	続柄	住所		連絡先
支援者の状況	氏 名	申請者との関係		住所・連絡先	
緊急連絡先	氏 名	申請者との関係		住所・連絡先	

- ☐イライラするなど情緒が不安定
- ☐前に買ったことを忘れ、同じ物をたびたび買う
- ☐同じことを何度も話す
- ☐お風呂に入るのを嫌がり、身だしなみがだらしなくなる
- ☐待ち合わせの時間や場所をよく間違える
- ☐趣味や楽しみに対する関心がなくなる

その他、身体・健康状況等の特記事項

意見書

申請者は、本事業を利用する状況にあると認めます。

年 月 日

- ☐ 担当ケアマネジャー ☐ 市職員
- ☐ 老人介護支援センター職員

所属_____

氏名 印