

（宛先）高松市長

（申請者）住 所 高松市

氏 名



電 話 —

対象者との続柄 ()

高松市認知症等行方不明高齢者家族支援サービス事業利用申請書

次のとおり、高松市認知症等行方不明高齢者家族支援サービス事業を利用したいので申請します。

対象者	フリガナ			明治				
	氏名			大正	年	月	日生	歳
				昭和				
	住所	(申請者の住所と異なる場合のみ記入してください。)						
		高松市						
	現況 (該当する項目に○をしてください)	1	自分の名前が言える		はい		いいえ	
		2	自分の住所が言える		はい		いいえ	
		3	昼と夜が分からなくなることがある		はい		いいえ	
		4	家に戻れないことがある		はい		いいえ	
		5	あてもなく歩き回ることがある		はい		いいえ	
6		行方不明になる頻度		1 毎日		2 週2回程度		
				3 週1回程度		4 月1回程度		
				5 その他 ()				
7	介護保険の要介護度		未申請・非該当・要支援 要介護 1・2・3・4・5					
8	その他							
身体の特徴等	身長	cm	体格					
	体重	kg	頭髪					
	その他の特徴							
利用希望事業者								
緊急時等の必要な範囲内において高松市が当該認知症等行方不明高齢者の検索を事業者に依頼することに同意します。また、その場合において発生する費用について全額負担することに同意します。								