様式第１号（第４条関係）

福崎町認知症高齢者等GPS利用支援サービス事業申請書

年　　月　　日

福崎町長　様

申請者　住　　所　〒　　　－

（対象者）

氏　　名

利用者との続柄

電話番号

|  |  |
| --- | --- |
| 利用したい機器に○をつける | ココセコム　・　ＧＰＳどこさいる |
| 利用者（位置情報探索機器を利用する高齢者等） | 居住先住所 | 福崎町 |
|
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 氏　　名 |
| 記　　憶 | ・ 自分の名前がわからない、寸前のことも忘れる。 |
| ・ 最近の出来事がわからない。 |
| ・ 物忘れ、置き忘れが目立つ。 |
| 失見当識 | ・ 自分の部屋がわからない。 |
| ・ 時々自分の部屋がどこにあるかわからない。 |
| ・ 異なった環境におかれると、一時的にどこに居るかわからない。 |
| ひとり歩きなど | ・ 屋外をあてもなく歩き回る。 |
| ・ 家の中をあてもなく歩き回る。 |
| ・ 目的をもって外出するが、帰ってこられなくなる。 |
| 備　　考 |  |
| 緊急連絡先（申請者と同じ場合は不要） | 氏名 | 続柄 | 住所 | 電話番号 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |

福崎町認知症高齢者等GPS利用支援サービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

□上記内容を利用機器の業者担当者と共有します

□ＳＯＳネットワーク登録（　済　・　未　）