様式第１（第４条関係）

岩倉市高齢者見守り家族支援サービス利用申請書

岩 倉 市 長　殿

介護者　住　　所
氏　　名
続　　柄　（　　）
電話番号

次のとおり、高齢者見守り家族支援サービスの利用を申請します。

フ リ ガ ナ		介護保険被保険者番号	
氏　　名			
生 年 月 日	年　　月　　日	性　別	男　・　女
住　　所	〒 電話番号		
要 介 護 度	要支援１・２　　要介護　１　・　２　・　３　・　４　・５		
認知症の状況	１　自分の名前を　　言える・時々言える・言えない ２　自分の住所を　　言える・時々言える・言えない ３　ここ１年以内に家に戻れなかったことがある 常にある・時々ある・ない ４　簡単な日常会話に支障がある 常にある・時々ある・ない ５　自分の部屋、トイレを間違える 常にある・時々ある・ない ６　昼と夜の区別がつかない 常にある・時々ある・ない ７　家族、知人等を混同するなど人を間違える 常にある・時々ある・ない ８　落ち着なく歩き回ることがある 常にある・時々ある・ない ９　独り言を言っている　　常にある・時々ある・ない 10 その他（　　）		

	氏　　名	続柄	住　　所	電話番号
緊急連絡先				