

吹田市徘徊高齢者SOSネットワーク 申請書

吹田市長 宛

※申請者について記入してください。申請者は家族・親族のみとなります。

申請者	ふりがな	すいた たろう	電話番号 (自宅)	06-6384-1375
	氏名	吹田 太郎	(携帯電話)	070-1234-5678
	郵便番号	〒 564 - 8550		
	住所	吹田市泉町1-3-40	続柄	夫

※徘徊するおそれのある利用者について記入してください。

利用者 対象要件	ふりがな	すいた はなこ	生年月日	大正 20年 1月 1日 昭和
	氏名	吹田 花子	電話番号	06-6384-1375
	住所	吹田市 泉町1-3-40		
	下記のうち、該当するものすべてにチェック☑をしてください。(複数回答可)			
	1 以下のすべてに該当する方 <input checked="" type="checkbox"/> 65歳以上若しくは、介護保険第2号被保険者である。 <input checked="" type="checkbox"/> 市内に住所があり、かつ市内で在宅で暮らしている。 (市内のグループホーム・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・軽費老人ホームも可) <input checked="" type="checkbox"/> 過去に徘徊したことがある、若しくは今後徘徊するおそれがある。 <input checked="" type="checkbox"/> 過去に、この事業を利用したことがない。※新規申請の場合のみ			
	2 以下のいずれか一つ以上に該当する方 <input checked="" type="checkbox"/> 「認知症高齢者の日常生活自立度」がIIa以上である。 (不明の場合⇒介護保険認定調査結果からも確認できますが、お持ちではない方は市が調査する事に同意します。) <input type="checkbox"/> 今後、認知症の医療機関受診を検討している。 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症の確定診断を受けている。			
※認知症の確定診断を受けている場合は下記を記入してください。				
医療機関名		〇〇病院	診断を受けた日	令和5年12月頃
診断名		下記のうち、あてはまるものすべてに○をつけてください。(複数回答可) アルツハイマー型認知症 ・ レビー小体型認知症 ・ 前頭側頭型認知症 脳血管性認知症 ・ 何らかの認知症 ・ その他 ()		
その他	現在、入院(短期の検査入院等は除く)や入所の調整中である。			<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

※緊急連絡先を1名以上記入してください。緊
等)可能な方です。緊急連絡先になる方に必

「入所」は、市内のグループホーム・
有料老人ホーム・サービス付き高齢
者向け住宅・軽費老人ホーム以外の
施設への入所を指します。

間365日対応(連絡・利用者の保護

絡先	登録できる電話番号は、緊急 連絡先1人につき、1つの番号 です。1人で複数の番号を登録 することは出来ません。	吹田 太郎	電話番号 ※番号は1つのみ	090-1234-5678
		泉町1-3-40	続柄	長男
	② ※2番目に連絡 が繋がる方	すいた さつき	電話番号 ※番号は1つのみ	080-1234-5678
		吹田市泉町1-3-40	続柄	長男嫁

以下は、記入しないでください。

市担当者記入欄

市受付日	年 月 日	処理者	
65歳以上	該当・非該当	<small>認知症高齢者日常生活自立度Ⅱa以上</small>	該当・非該当
介護保険第2号被保険者	該当・非該当	登録番号	
市内在住	該当・非該当		
過去の事業利用の有無	無・有（非該当）		