

申請者（家族等）
住 所

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

電話 () 自宅・呼出

茨木市認知症高齢者等GPS利用支援事業実施要綱第5の規定により申請します。

利 用 者 氏 名	
利 用 者 住 所	☐ 申請者と同じ ☐ その他（茨木市）
利 用 者 生 年 月 日	☐ 申請者と同じ ☐ その他（ ）
利 用 者 電 話 番 号	☐ 申請者と同じ ☐ その他（ ）
対 象 要 件 の 確 認	↓該当項目に ☐ チェックを付けてください。（ <u>全て</u> に該当する方が対象）
	☐ 利用者が在宅または介護する家族等がいる。
	☐ この事業による補助を受けたことがない。
	☐ 利用者が徘徊（ひとり歩き）により行方不明になる恐れがある。
	☐ GPS機器等の購入または貸与と位置情報検索サービスの利用開始前である。
	↓該当項目に ☐ チェックを付けてください。（ <u>いずれか</u> に該当する方が対象）
	☐ 要介護または要支援の認定を受けている。→要介護度（ ）
	☐ 認知症の確定診断を受けている。 →診断を受けた医療機関名（ ）
	☐ 過去に徘徊（ひとり歩き）により行方不明になったことがある。 →徘徊の状況 （ ）

G P S 機器	メーカー		製品名	
	予定金額 (内訳) (税込)	円		
		(本体)	(本体を除く 初期費用 ^{※1}) (内訳：)	
		円		円

※1 初期費用…シューズ、充電器等専用付属品等、位置情報検索サービスの利用開始に必要なものの購入にかかる経費

※添付書類

導入予定のGPS機器等の内容、金額が分かるもの

(※) 製品名、連続動作時間、金額の記載があること。

同意書

認知症高齢者等G P S利用支援事業補助の支給可否決定に必要なときは、私の住民登録、医師等の指導・診療等、及び要介護認定に関する情報について、茨木市長が住民基本台帳、医療機関への聞き取り、または要介護認定に関する書類で確認することに同意します。

利用者氏名

代筆