

様式第1号（第6条関係）

徘徊者搜索機器利用費用助成金申請書

年 月 日

佐々町長 様

申請者 住所  
氏名  
(対象者との続柄： )  
電話番号

佐々町徘徊者搜索機器利用費用助成事業実施要綱第7条の規定に基づき申請します。

1. 対象者の状況

(フリガナ) 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住所	佐々町 免			電話番号	( )
生活状況	要介護認定 無・有(要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) 外出して家に戻れなくなることがある <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない 昼夜の区別がつかない <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない 落ち着きなく歩きまわる <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない その他 ( )				

2. その他

契約会社	
利用開始年月日(予定)	年 月 日
申請額	

※ 利用申込書又は契約書の写し、領収書の写しを添付してください。