

徘徊高齢者家族支援サービス事業利用申込書

（宛先）小金井市長

申 込 者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_

私は、小金井市徘徊高齢者家族支援サービス事業実施要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり小金井市徘徊高齢者家族支援サービスの利用を申し込みます。

なお、利用要件の確認のため、下記項目について市の課税台帳及び公簿等で確認すること、また、小金井市高齢者見守り支援台帳に登載し、見守りが必要なときは、関係機関に情報を提供することに同意します。

記

被 介 護 者	氏名	フリガナ		住所	小金井市				
	生年月日	年	月		日	町 丁目 番 号			
	介護（介助）が必要となった時期				年	月	日	ごろ	
	要介護状態区分			自立・要支援・要介護度（1・2・3・4・5）					
	要介護認定の時期			年	月	日	～	年	月
主 な 介 護 者	氏名	続柄	年齢	備考（別居の場合、連絡先を記入）					
外出して所在が不明になったことがありますか？ 有り 無し									
申込みの理由									

※ この届出項目は電子計算組織に登録されます。

※市記入欄 年 月 日確認

住基	市民税課税状況
	年度 非課税・課税