

様式第 1 号

年 月 日

鯖江市長 殿

住 所
申 請 者 氏 名
(契約者) 対象者との続柄
電話番号 (— —)
(日中連絡の付く電話番号を記載)

徘徊高齢者等家族支援サービス事業助成申請書

徘徊高齢者等家族支援サービス事業実施要綱第 6 条の規定により、次のとおり助成金を申請します。

徘徊 高 齢 者 等	住 所	鯖江市	
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	電話番号		
	介護保険被保険者証番号		
	要介護認定区分	要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5	
申 請 理 由	●申請理由（徘徊探知機器を契約・購入しようと思った理由）		
	●申請日現在、徘徊行動が起きていて、過去に行方不明になったことがある。		はい ・ いいえ
	※直近、行方不明になった日： 年 月 日（ 約 時間 ） 発見場所（ : 家から歩いて 分 ）		
	●介護者の常時見守りが難しい。		はい ・ いいえ
	※常時見守りが難しい理由や家族の状況等		
助成申請額		円	

※添付書類

- ・ 契約書等の写し
- ・ 徘徊探知機の機器の購入代金（一部附属機器を含む。）または契約加入手数料等を支払った額が分かる領収書等の写し

（表）

振込口座	金融機関名			
	支店名			
	口座種類	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

※添付書類

- ・振込口座の通帳の見開きのページの写し（申請者名義の口座を指定してください）

※職員記入欄

業者名・機器	
助成対象経費	
助成上限金額	7,700円