

様式第1（第6条関係）

年 月 日

東郷町長 殿

申請者 住 所  
氏 名  
電 話  
続 柄

東郷町ひとり歩き高齢者等位置情報提供サービス導入助成事業交付  
申請書兼実績報告書

以下の通り、東郷町ひとり歩き高齢者等位置情報提供サービス導入助成事業実施  
要綱第6条の規定により、助成金の交付を申請します。

記

ひとり歩き 高齢者等	氏 名		生年	大正・昭和・平成	
			月日	年	月 日
	住 所	東郷町			
	電 話				
	身 長	cm	体 重	kg	写 真
身体的 特徴					

該当項目に☑をしてください。				
<input type="checkbox"/>	認知症と医師から診断されている。			
<input type="checkbox"/>	過去1年以内に、ひとり歩きにより、家に戻れなくなったことがある。			
<input type="checkbox"/>	要介護認定を申請している。 【介護度 要介護 1・2・3・4・5、要支援 1・2、事業対象者】			
<input type="checkbox"/>	自分の名前が言えない。			
<input type="checkbox"/>	自分の住所が言えない。			
<input type="checkbox"/>	簡単な日常会話に支障がある。			
<input type="checkbox"/>	日常的に、自分で自家用車の運転をしている。 メーカー及び車種【                   】ナンバー【                   】色【           】			
<input type="checkbox"/>	日常的に、自分で自転車に乗って移動している。 自転車の色【                   】登録番号【                   】			
緊急時の 連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号
希望する事業者		(事業者名を記載)		

本サービスの利用にあたって、ひとり歩き高齢者等に関する情報を東郷町地域包括支援センター及び愛知警察署に提供することに同意します。

氏名（本人自署）\_\_\_\_\_

※（添付書類） 領収書その他の導入費用の金額を証明する書類の原本