

別記様式（第5条関係）

金沢市認知症高齢者等地域見守りネットワーク事業利用申請書

年 月 日

（宛先）金沢市長

申請者 住所
（利用者）
氏名

金沢市認知症高齢者等地域見守りネットワーク事業の利用を次のとおり申請します。

1 利用者（認知症高齢者等の方の家族等のうち事業を利用しようとする方）

ふりがな 氏名		対象者との続柄	
連絡先			

2 対象者（認知症高齢者等の方ご本人）

ふりがな 氏名		生年月日	
住所	金沢市		
連絡先		申請区分	ア 65歳以上 イ 40歳以上65歳未満
対象者の状況			

利用者同意欄	金沢市認知症高齢者等地域見守りネットワーク事業の利用可否の決定に当たり、金沢市が利用者の生活保護等受給の有無を調査することに同意します。 <u>氏名</u> (署名又は記名押印)
--------	---

※ 対象者が40歳以上65歳未満の方の場合は、認知症の診断書を添付してください。

ただし、介護認定申請をした際の主治医意見書で認知症の確認ができるときは、必要ありません。