

第1号様式（第5条関係）

認知症高齢者等家族支援サービス利用申込書

年 月 日

知 多 市 長 様

（申請者）

住所 知多市 _____

氏名 _____

電話 _____ - _____

F A X _____ - _____

下記のとおり、認知症高齢者等家族支援サービスの利用を申し込みます。

認知症 高齢者等	住 所	知多市		
	氏 名		生年月日	年 月 日
	介護認定	要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
	現在の状況	在 宅 ・ 介護保険施設入所 ・ その他（入院等）		
世 帯 の状況	氏 名	続柄	年齢	緊急連絡先
		本人		
申込理由				
備 考				