

利用申込書

年 月 日

(宛先) 大東市長

(申込者) 住所

氏名

(利用対象者との関係)

連絡先

大東市みまもりあいステッカー事業の利用について、次のとおり申し込みます。また、以下に記載した個人情報に関係機関（受託業者、地域包括支援センター等）に提供することに同意します。

対象者	氏名	フリガナ：	性別	生年月日	年齢
			男・女	年 月 日	
	住所	〒	電話		

【電話番号登録に係る注意点】
みまもりあいステッカーのフリーダイヤルを通じて連絡がいく電話番号の登録上限は2件です。
下記の電話番号記入欄の（ ）に最初に連絡がいく設定をする電話番号には1を、次に連絡がいく設定をする電話番号には2を記入してください。

連絡先①	氏名	フリガナ：	電話	() 自宅：	
				() 携帯：	
	住所	〒		対象者との関係	

連絡先②	氏名	フリガナ：	電話	() 自宅：	
				() 携帯：	
	住所	〒		対象者との関係	

電話番号登録時の暗証番号	暗証番号(4ケタの数字)：
	※①：暗証番号は本事業の利用決定後に電話番号を登録する際に使用します。 ※②：暗証番号は電話番号の登録作業を申込者様側で行う場合は記載不要です。 ※③：設定した暗証番号を忘れると連絡先の変更ができなくなります。メモするなどして保管をお願いします。

備考欄

【裏面あり】

ケア マネ ジャー	事業所名		住所	〒	
	氏名	フリガナ：		電話	
※上記は担当ケアマネジャーがいる場合のみ記載してください。					

【添付書類】

- 認知症であることが分かる資料
 (※65歳以上の対象者は①又は②のいずれか1つ、40歳以上65歳未満の方は②のみを添付)
- ①医療機関、介護支援専門員又は大東市地域包括支援センター職員のいずれかが実施した次の(ア)又は(イ)の資料
 (ア)改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の点数が20点以下であることが分かる資料
 (3か月以内に実施したもの)
 (イ)ミニメンタルステート検査(MMSE)の点数が23点以下であることが分かる資料
 (3か月以内に実施したもの)
- ②主治医意見書、診断書等の写し(発行から1年以内のもの)