

岡崎市認知症高齢者等位置情報検索サービス導入費等補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

(宛先) 岡崎市長

申請者（家族等）住 所 .....

氏 名 ..... (※)

※ 本人署名(手書き)の場合は押印不要です。

生年月日 ..... 年 月 日 .....

電話番号 ..... - ..... - .....

対象者との続柄 .....

岡崎市認知症高齢者等位置情報検索サービス導入費等補助金交付要綱第7条に基づき、次のとおり申請します。また、対象者の住民基本台帳及び要介護（支援）認定、サービス利用状況等の介護保険情報等、要件確認のために必要な情報を岡崎市が閲覧することを承諾します。

対象者	住所	〒444- 電話： - - 岡崎市	
	フリガナ		生年 年 月 日
	氏名		月日 ( 歳)
GPS等機器を管理する者	住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者に同じ 電話： - - 〒 -	
	氏名	対象者との続柄	
書類送付先	<input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> 対象者の住所 <input type="checkbox"/> GPS等管理者		
対象要件 ※ すべてに <input checked="" type="checkbox"/> を記入できること	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者等見守りネットワーク事業において事前登録している <input type="checkbox"/> 要介護（支援）認定、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳又は児童通所支援受給者証の交付を受けている <input type="checkbox"/> 要介護（支援） <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神手帳 <input type="checkbox"/> 児童受給者証 (有効期限： 年 月 日～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> GPS等機器を管理する者は、機器の管理を適正に行い、検索時においても駆けつけが可能である		
位置情報検索サービス	製品・サービス名		
	事業者名		
	契約日	年 月 日	
	導入経費	金 円 (税込) ※通信費等は除く	
補助金交付申請額	金 円 ※上限1万円、千円未満切捨て		
添付書類	<input type="checkbox"/> 位置情報検索サービス導入に係る支払いが完了したことを証する書類(申請者名義の領収書の写し等) <input type="checkbox"/> カatalog等、導入したサービスの内容が確認できる書類 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証、各種手帳又は受給者証の写し		