様式第１（第５条関係）

東浦町行方不明高齢者等家族支援サービス費助成金交付申請書

申請日　　　年　　　月　　　日

東浦町長

申請者　住所

氏名　　　　　　　　続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

私は、東浦町行方不明高齢者等家族支援サービス費助成事業実施要綱の規定により、助成金の交付を申請します。なお、助成金の交付が決定された場合、その請求及び受領の権限は下記の指定事業者に委任するとともに、申請書に記載された個人情報（氏名、住所及び電話番号）を同事業者に通知することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認知症高齢者等 | フリガナ  氏　名　　　　　　　　　　　（男・女） | | | 生年  月日 |  |
| 住所　東浦町大字 | | | 電話 |  |
| 事業者からの通知先 | １　申請者と同じ | | | | |
| ２ | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄） | | | |
| 住所 | | | |
| 電話 | | | |
| 介護状況の申告 | ※介護状況については、頻度と介護内容を具体的に記載してください。  （例）週３回訪問し、服薬確認や入浴介助を行っている。  （例）毎日、夕方５時頃、電話で在宅を確認している。 | | | | |
| 指定事業者 | | | （指定事業者名を記載） | | |