

様式第 1 号（第 5 条関係）

認知症高齢者等安心サポート機器導入補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）西海市長

申請者 住所

電話

氏名

（対象者との続き柄： ）

西海市認知症高齢者等安心サポート機器導入補助金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。また、認知症高齢者等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西海市が閲覧することを承諾します。

対象者	住所	〒		電話： — —	
	フリガナ		生年月日	年	月 日
	氏名		（ 歳）		
	☐ 65 歳以上で認知症と診断された ☐ 高齢者で介護認定をされている		☐ 若年性認知症と診断された ☐ 市長が必要と認める者		
見守り人	住所	☐ 上記申請者に同じ 〒		電話： — —	
	氏名		対象者との続き柄		
書類送付先	☐ 申請者の住所 ☐ 見守り人の住所 ☐ 対象者の住所				
見守り機器	機器の名称				
	会社名				
	購入等予定日				
	購入等経費				
見守り機器	機器の名称				
	会社名				
	購入等予定日				
	購入等経費				
助成金交付 申請額					
添付書類	☐ 見積書				

	☐ 見守り機器の種類、形状、性能等を確認することができるカタログ等の資料
	交付要綱第 2 条第 1 号に該当することがわかる書類 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 認知症と判断できる書類 ☐ 介護認定調査、主治医意見書等で認知症を職員が確認 ☐ その他、市長が必要と認める書類（ ）