

阿賀町認知症高齢者GPS購入等助成事業申請書兼請求書

阿賀町長 様

令和 年 月 日

申請者(介護者)

(ふりがな) ( )	対象高齢者との続柄
氏名	
住所 〒	電話番号

阿賀町認知症高齢者GPS購入等助成事業実施要綱第5条の規定により、下記の通り申請します。  
 なお、この申請は審査に必要な範囲で、町が居宅介護支援事業所や居宅介護サービス事業者、民生委員等の関係者から、対象高齢者についての徘徊状況や介護状況等の情報を得ることに同意します。

1 対象者(徘徊のある高齢者等)

※65歳未満の方は認知症により介護認定を受けている方が対象となります

氏名	性別 男女	生年月日	T・S	年	月	日
住所	〒959-阿賀町		電話番号			
介護認定	未申請	申請中	要支援・要介護	1	2	3 4 5
介護支援専門員	事業所名:		担当名:			
徘徊の状況	※状況や頻度などを具体的に記入してください					

2 助成請求額

対象経費(初期費用)	・機器等の購入費用	.....円	対象経費の計
	・加入手数料(登録手数料)	.....円	.....円
助成額	.....円 (対象経費の範囲内で10,000円が上限です)		

3 添付書類

- 領収書または支払ったことが明らかになる書類(クレジットカード利用明細書、預金通帳等)の写し
- 徘徊探知機の利用に関する契約書の写し
- 介護認定を受けていない方(未申請者)は医療機関が発行する診断書の写し(認知症と記載のあるもの)

4 助成金振込先

金融機関名	銀行・金庫 農協・組合	種目	普通 当座
支店名等	支店・支所 出張所	口座番号	
口座名義人	※申請者(介護者)名義の口座に限ります		