

様式第 1 号 (第 6 条関係)

大野城市あんしんまどか (高齢者 I C T 見守り) 事業利用申請書

年 月 日

大野城市長 宛

申請者  
住所  
氏名  
電話番号

大野城市あんしんまどか (高齢者 I C T 見守り) 事業を利用したいので、大野城市あんしんまどか (高齢者 I C T 見守り) 事業実施要綱 (令和 5 年要綱第 42 号) 第 6 条第 1 項の規定により、下記のとおり申請します。

また、利用の決定に当たり、市が必要な事項について調査すること、利用の決定後、下記の個人情報が必要な範囲で委託事業者に提供すること及び市が緊急の場合に緊急連絡先及び関係機関に必要な情報の提供を行うことに同意します。

記

対象者	氏名	同上		生年月日	年 月 日
	住所	同上		電話番号	
	世帯・同居者等			希望利用開始月	年 月
	主な病名			手帳等	
	医療機関名			障がい等	
緊急連絡先	①	氏名	(続柄 )	連絡先	
		住所			
	②	氏名	(続柄 )	連絡先	
		住所			
	③	氏名	(続柄 )	連絡先	
		住所			

次の 2 項目に○をつけてください。

1. 決定通知、利用料等に関する通知文書の送付先

対象者・緊急連絡先①・緊急連絡先②・緊急連絡先③・ケアマネジャー ( )

2. 設置の日程調整の連絡 (委託業者からの電話連絡)

対象者・緊急連絡先①・緊急連絡先②・緊急連絡先③・ケアマネジャー ( )

《以下の内容を必ず確認した上でチェックをつけてください》

同一世帯にお住いの 65 歳以上の方全てを対象者として利用することに同意します。

※ 2 人以上の 65 歳以上の方が同一世帯にいる場合には、それぞれの利用料を確認した上で、料金の高い方を月額利用料として算定されます。