

生活支援事業利用申請書

令和 年 月 日

三郷町長 殿

奈良県生駒郡三郷町

住 所 _____

申請者

氏 名 _____

下記の生活支援事業サービスを利用したいので、次のとおり申請します。
なお、サービスを受けるに際し、不可抗力により生じた事故については、三郷町及び実施事業者に対し責任を問わないことを誓約します。

利 用 対 象 者	住 所	奈良県生駒郡三郷町			郵便番号	636-
	ふりがな				電話番号	0745
	氏 名					-
	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	性 別
サービ スの種 類 ※希望する ものに○印		サービスの名称			利用者負担	利 用 限 度
	1	訪問理美容サービス			理美容代金	年12回
	2	高齢者あんしん見守りシステム			所得制限を超えた方 (月800円+税)	
希望する 理 由						
世帯の 状 況	氏 名	続柄	年齢	性別	備 考	
要介護認定	1. 無	2. 有	自立	要支援(1・2)	要介護(1・2・3・4・5)	申請中
疾病の状況	既往症					血液型
	かかりつけ病院または医院等					型
緊急連絡先	住 所					
	氏 名			続柄		
	電話番号 - -					

高齢者あんしん見守りシステムの利用希望者のみ記入してください

	氏名	印	住所	続柄	TEL
第1協力員			〒		- -
第2協力員			〒		- -
※ 協力員は必ず近隣に住まれている方(近隣の家族、隣人、知人など)で緊急通報時に利用者宅に連絡をし、直接駆けつけるなどして利用者の安否の確認をしていただける方に協力の確認をした上で、ご記入ください。					

承諾書

このサービスを利用するにあたり、以上の情報を、サービス提供機関に提出することを承諾します。

高齢者あんしん見守りシステムを利用する場合には、下記の事項も承諾します。

- (1) 高齢者あんしん見守りシステムを発し、確認電話に応答しない場合は、協力員、関係機関等が住宅内へ立ち入ること。
- (2) 緊急時に協力員、関係機関等が住宅内へ立ち入る場合、必要かつ、やむを得ない行為により住宅等の一部に受けた損害については、その損害の責めは負わないこと。
- (3) 防ぐことができない理由により通報が途中で途絶えてしまい、生じた事故については三郷町及び実施事業者に対し一切責任を問わないこと。
- (4) 毎年6月に三郷町が所得の照会を実施し、前年の所得が3,604,000円を超えた場合、7月分より自己負担額が発生すること。
- (5) 緊急通報装置及びペンダントを過失により破損、紛失した場合は利用者負担において弁償すること。本体(27,000円)ペンダント(14,040円)

利用者氏名 _____