

生活支援事業利用申請書

令和 年 月 日

三郷町長 様

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一切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) 三郷町が利用者の所得情報を照会すること。また、貸与月の前年(1月から6月までの間は前々年)の所得が、3,604,000円を超える場合は月額800円＋税の利用者負担金を支払うこと。
- (5) 緊急通報装置本体及びペンダントを過失により破損、紛失した場合は弁償すること。
本体(25,000円＋税)、ペンダント(13,000円＋税)、モバイル型(15,000円＋税)

利用者氏名 _____