

第3号様式（第5条関係）

緊急通報サービス助成申請書

年 月 日

（宛先）江別市長

緊急通報サービス事業に係る費用の助成について、次のとおり申請します。なお、助成金の請求及び受領に関する一切の権限をサービス提供事業者委任します。

申請者	住所	〒 (電話番号)		
	ふりがな		利用者との 続柄	
	氏名			

1. 助成対象者の世帯の状況

住所	〒 (電話番号)					
世帯員の一覧（同一の住居に居住している者）						
	ふりがな 氏名	生年月日	続柄	持病等	障がい者 手帳等	施設入所 ・入院等
利用者			本人		無・有 ()	無・有
同居者					無・有 ()	無・有
					無・有 ()	無・有
申請の理由（該当する項目すべてにチェックしてください。） <u>（必須）</u>						
<input type="checkbox"/> 一般高齢者のみの世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 重度身体障がい者等のみの世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 一般高齢者かつ重度身体障がい者等のみで構成される世帯に属する者 <input type="checkbox"/> シルバーハウジングの入居者						
次のいずれかに該当する場合はチェックしてください。						
<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等及び特定配偶者の自立支援受給世帯						

2. 緊急連絡先（親族等）（必須）

ふりがな 氏名	利用者との 続柄	住所
		〒 (電話番号)

3. 確認事項

サービス提供事業者	セコム株式会社		
同意事項（次の内容を確認の上、記載内容に同意する場合はチェックし、署名してください。）			
<input type="checkbox"/> 本書記載内容の確認のため、助成対象者世帯全員の住民基本台帳、施設への入所及び入院状況、障がいの有無及び生活保護受給状況等を調査、閲覧することに同意します。 <u>（必須）</u> <input type="checkbox"/> 本書記載内容を、サービス提供事業者へ通知することに同意します。 <u>（必須）</u> <input type="checkbox"/> 江別市が、サービス提供事業者から本サービスの利用に係る契約内容及び個人情報の提供を受けることに同意します。 <u>（必須）</u>			
	本人 署名欄		

※ 助成決定通知後、申請内容に変更が生じた場合は、速やかにその旨を届出ください。