

※高齢者2人世帯で、2人ともが利用したい場合は、それぞれ申請書の提出が必要です。

様式第5号（第6条関係）

《記入例》

○ 年 △ 月 □ 日

（宛先）高松市長

高松市あんしん通報サービス事業（外出型）利用申請書

次のとおり、高松市あんしん通報サービス事業実施要綱（外出型）第6条第1項の規定により申請します。

また、費用負担について、高松市あんしん通報サービス事業実施要綱（外出型）第7条の規定に同意します。

申請者		フリガナ氏名	タマツ ハナコ 高松 花子	高松	電話	087-839-2346
		住所	高松市番町一丁目8番15号			
		生年月日	昭和30年 1月 1日			
		原則、押印必要				
緊急連絡先	1	フリガナ氏名	タマツ タロウ 高松 太郎	電話	845-2111	承諾印 高松
		住所	高松市牟礼町牟礼302		続柄	長男
	2	フリガナ氏名	・高松市外の方でも可 ・1名以上の登録必要		電話	原則、押印必要
		住所			続柄	承諾印 印

事業者名を記入してください（登録事業所者は1者のみ）

契約希望事業者	総合警備保障（株）香川支社
---------	---------------

※要介護認定を受けていないか、又は2人以上の世帯に属している場合は、裏面の証明書を記入してください。

証 明 書

申請者は要介護認定を受けていないか、又は2人以上の世帯に属しているが、次のような理由があるため、本事業を利用する状況にあることを証明します。

☒ 要介護認定なし → 要支援認定 ☐ 有（1・2） ☒ 無	☐ 2人以上世帯
理由	
《例1》 現在、ひとり暮らしで、心疾患の持病があり、めまい等の症状で転倒すること多い。緊急時に対応できる緊急通報装置が必要。 《例2》 〇〇の疾患により、言語障害があり、緊急時に助けを呼ぶことが困難であるため、緊急通報装置を利用したい。	
1 民生委員 2 介護支援専門員 3 老人介護支援センター職員 4 保健師 5 地域包括支援センター職員	
証明者 事業所の所在地 高松市番町〇丁目〇番〇号 事業所名 〇〇〇事業所 氏名 長寿 太郎 ㊟	

※上記の者のうちのいずれかの者に証明を受けてください。

※要介護認定なし・要支援認定、2人以上世帯は証明欄の記入が必要です。

※身体障がい者手帳1級・2級をお持ちの方は、証明欄記入不要です。