様式第５号（第６条関係）

　　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 |  | ㊞ | 電話 |  |  |
| 住　所 |  | | | |
| 生年月日 |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊 急 連 絡 先 | １ |  |  | 電話 |  | | 承諾印  ㊞ |
| 住所 |  | | 続柄 |  |
| ２ |  |  | 電話 |  | | 承諾印  ㊞ |
| 住所 |  | | 続柄 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 契約希望  事業者 |  |

　※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 | |
| 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  　　　　　　　　　　　　　事業所名  　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞ | |

※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。