

年 月 日

（宛先）高松市長

高松市あんしん通報サービス事業（在宅型）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（在宅型）第 6 条第 1 項の規定により提出します。

なお、申請者世帯の要件の確認に当たり、課税の状況について、地方税法の規定に基づく課税台帳により確認されること及び事業の利用について高松市民生委員に情報を提供することに同意します。

また、高松市あんしん通報サービス事業実施要綱（在宅型）第 7 条第 1 項の規定による受領委任払いに同意します。

申請者	フリガナ 氏 名	⑥	電話	
	住 所			
	生年月日	年 月 日		

近親者	フリガナ 氏 名	住所	続柄	電話

協力者	フリガナ 氏 名	住所	続柄	電話	<u>承諾印</u>
					⑥
					⑥

※協力者とは、緊急連絡時に、概ね 3 0 分以内に申請者の自宅に駆けつけが可能な方です。

鍵の預け先	1 協力者（ 2 その他（ ）
留守宅の 管理依頼者	1 協力者（ 2 その他（ ）

固定電話	1 有 2 無	携帯電話	1 持っている 2 持っていない
電話回線の 有無	1 有（回線業者名： N T T ・ その他（ 2 無		

※NTT 以外の回線を御利用の方は、固定型を御利用できない場合があります。
また、停電時には使用できない場合があります。

契約希望 事業者	
-------------	--

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	
印	

※ 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、記入してください。