

徘徊高齢者位置情報探索サービス初期経費補助金交付申請書

浅口市社会福祉協議会 会長 様

申請者 住所
 氏名 ⑩
 電話 () -
 端末機所持者との続柄

浅口市社会福祉協議会徘徊高齢者位置情報探索サービス利用費徐々事業実施要綱第5条の規定に基づき、補助金の補助金を受けたいので次のとおり申請します。

補助申請額	円 (補助対象経費が10,000円以上のときは、10,000円として算定)					
端末所持者	介護保険	1. 要支援() 2. 要介護() 3. その他()				
	フリガナ	生年月日			年齢	
	氏名	明治・大正・昭和 年 月 日生			歳	
緊急連絡先	氏名	続柄	性別	年齢	住所及び連絡先	電話
振込・現金	銀行・金庫・組合・農協・郵便局	口座番号		名 義		

【本人同意】

対象者の発見及び保護にあたり、警察等の関係機関から個人情報に関する照会があったときは、本会及びサービス提供事業者から情報提供することに同意します。

また、サービス利用の適否を決定するにあたり必要があると認めるときは、介護保険法に基づく介護認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果、意見及び主治医意見書を閲覧することに同意します。

本人署名 ⑩ (本人自筆の場合に限り押印不要)

代筆者指名 (続柄)

課 税 調 査 同 意 書

私は、浅口市社会福祉協議会の「徘徊高齢者位置情報探索サービス」を受けるため申請いたしました。

つきましては、支給の可否を受けるにあたり、世帯の最新の市民税の課税状況について、調査することに同意いたします。

年 月 日

浅 口 市 長 栗 山 康 彦 殿

申請者

住所 浅口市 _____

氏名 _____ (印)