

様式第1号（第7条関係）

内子町徘徊高齢者位置情報サービス利用費補助金交付申請書

年 月 日

内子町長 様

申請者 住 所 内子町  
氏 名  
電 話 (       )       —  
高齢者(端末機所持者)との続柄

内子町徘徊高齢者位置情報サービス利用費補助金交付要綱第7条の規定に基づき、補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

|                 |    |                                               |                                                          |    |         |  |
|-----------------|----|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----|---------|--|
| 補助申請額           |    | 15,000円<br>ただし、補助対象経費が15,000円未満のときは、補助対象経費相当額 |                                                          |    |         |  |
| 高齢者<br>(端末機所持者) |    | 介護度                                           | 1 要支援 (       )       2 要介護 (       )<br>3 その他 (       ) |    |         |  |
|                 |    | フリガナ                                          |                                                          |    | 生年月日    |  |
|                 |    | 氏名                                            |                                                          |    | 年 月 日生  |  |
| 緊急連絡先           | 氏名 | 続柄                                            | 性別                                                       | 年齢 | 住所及び連絡先 |  |
|                 |    |                                               |                                                          |    |         |  |
|                 |    |                                               |                                                          |    |         |  |

【同意書】

この補助金の交付決定及び支払に必要なとき、申請者及び要介護者の世帯全員の住民基本台帳、課税台帳、介護保険法に基づく要介護認定、要介護認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果、意見及び主治医意見書その他決定に必要な書類等の閲覧及び調査をすることについて同意します。

対象者の発見及び保護に当たり、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、町及びサービス提供事業者から最低限度の範囲内で情報提供することに同意します。

申請者世帯同意者氏名 \_\_\_\_\_

要介護者世帯同意者氏名 \_\_\_\_\_