令和●年●月●日

岩見沢市長　様

岩見沢市高齢者・障がい者見守り支援事業利用申請書

岩見沢市高齢者・障がい者見守り支援事業実施要綱第５条に基づき、次のとおり申

利用される方の住所・氏名・生年月日・電話番号・血液型をご記入ください。

申請者	住所	岩見沢市〇〇町１１１-1		
	ふりがな 氏名	いわみ　はなこ 岩　見　花　子	生年月日	Ｓ９．１０．６
	電話番号	０１２６－９８－７６５４	血液型	Ｏ型

下記に該当する項目にチェックしてください。

☑市民税が非課税（必須）　　□生活保護受給世帯

☑６５歳以上の病弱な者のみで構成される世帯

□重度障がい者のみで構成される世帯

□重度障がい者及び６０歳以上の病弱な者のみで構

該当する箇所にチェックを入れてください。

連絡のとれる方を1人以上ご記入ください。
緊急時に連絡ができるよう、携帯電話の番号も記入してください。

緊急時の連絡先（親族等）をご記入ください。

緊急連絡先①（必須）	氏名：	岩　見　太　郎	間柄：	息子
	住所：	岩見沢市〇条東△丁目１－１	電話：	０１２６－１２－３４５６ ０８０－１２３４－５６７８
緊急連絡先②	氏名：	岩　見　沢　子	間柄：	娘
	住所：	札幌市〇〇区北△条□丁目１－１	電話：	

かかりつけ病院名・病院の電話番号・利用される方の持病等をご記入ください。
なお、下記のような症状・病気が助成の判断基準となりますので、該当するものをご記入ください。

- 急な発作、意識障害、呼吸困難を起こすことがある
- めまいや脳梗塞の後遺症、変形性膝関節症など、機敏に動くことができない、転
- 失語症や難聴など、電話等で救急車など

身体状況

持病等についてご記入ください。

かかりつけ病院：　〇〇医院

電　話　番　号：　０１２６－８７－６５４３

持病・障がい等：

・狭心症、高血圧、不整脈　　・呼吸困難になることがある

・要支援１の介護認定を受けている　　・失語、難聴

・急な発作がある　　・強度のめまいがある

・急に意識を失うことがある　　・転倒後、起き上がることか

生活状況

下記に該当する項目にチェックしてください。

□プロパンガス　☑都市ガス　□ガス不使用（オール電化等）

☑電話回線あり　□電話回線なし

希望する指定事業者　☑ＡＬＳＯＫ岩見沢営業所　□セコム空知営業所

該当する箇所にチェックを入れてください。

同意確認事項（次の内容を確認の上、記載内容に同意する場合はチェックしてください。）

☑本書記載内容の確認のため、住民基本台帳及び課税状況等を調査、閲覧することに同意します。（必須）

☑本書記載内容を、希望する指定事業者に通知することに同意します。（必須）

☑本書記載内容を、岩見沢消防及び担当エリア民生委員に情報提供することに同意します。（必須）

※　申請内容に変更が生じた場合は、本申請書により再度提出してください。

申請書の内容に関する個人情報の取扱いについての同意欄です。必ずチェックを入れてください。

令和●年●月●日

岩見沢市長　様

岩見沢市高齢者・障がい者見守り支援事業助成申請書

岩見沢市高齢者・障がい者見守り支援事業実施要綱第７条に基づき、下記のとおり助成を申請いたします。なお、同条の規定により、指定事業者に助成金交付請求及び助成金の受け取りに関する権限を指定事業者に委任します。

申請者	住所	岩見沢市〇〇町１１１-1
	ふりがな	いわみ　はなこ
	氏名	岩　見　　花　子
	電話番号	０１２６－９８－７６５４

利用される方の住所・氏名・ふりがな・電話番号をご記入ください。

下記に該当する項目にチェックまたはご記入ください。

【助成申請区分】

☐生活保護受給世帯（初期費用５，５００円、月額利用料３，０００円まで助成）

☑市民税非課税世帯（初期費用５，５００円、月額利用料２，０００円まで助成）

該当する箇所にチェックを入れてください。

【サービスを受ける指定事業者名】

☑ＡＬＳＯＫ岩見沢営業所

☐セコム空知営業所

【緊急通報サービス契約金額】

初期費用　5,500　円

月額利用料　　円（税込）

契約金額は下記の通りです。
・ALSOK
　2，969円（税込）
・セコム
　2，970円（税込）
※消費税処理の関係で月額利用料が1円異なります。

【助成申請金額】

初期費用　5,500　円

月額助成金　　円

月額助成金は下記の通りとなります。
・非課税世帯
　2，000円
・生活保護世帯
　ALSOK　2，969円
　セコム　2，970円

※　本申請書の内容は、指定事業者に情報提供いたします。