（様式第11号）

年（　　　年）　月　日

**豊中市身寄りのない高齢者支援事業補助金事業者登録（更新）申込書**

豊　中　市　長

申込者　　　 事業者名

担当者名

電話番号

豊中市身寄りのない高齢者支援事業について、ICT見守りサービスの利用支援及び受領委任払いの取扱い事業者として、登録（更新）を受けたいので、以下のとおり申込みます。

１．事業者概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 代表者名 |  | 代表電話番号 |  |
| メールアドレス |  | | |
| 法人設立 | 年　　　月 | | |
| 資本金 | 千円 | 従業員数 | 人 |
| 実績  （直近３年間の身元保証等サービスの実績を記入してください。） |  | | |
| 対応可能人数 | 人 | | |

※事業者の概要が分かる書類（定款）、本事業の業務マニュアル等を添付すること。

２．事業者が設定する額

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 補助対象経費 | 経費の内訳 | 単価 | 備考 |
| ①初期費用  （対面での面談・必要に応じてICT見守り機器設置立ち会い費用） |  | 円 |  |
| ②月額費用  （相談対応・異常通知の確認・異常通知受信時の対応にかかる費用） |  | 円/月 |  |
| ③ICT見守り機器撤去立ち会い費用 |  | 円 |  |

３．受領委任払いの補助金の振込先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 預金種別 | 普　通・　当　座 |
| 支店名 | 支店 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義 |  | | |