（様式第１号）

年（　　　年）　月　日

**豊中市身寄りのない高齢者支援事業補助金交付申込書**

豊　中　市　長

申込者　　　 氏　名　　　　　　　　　　続柄（　　 　）

住　所

電　話

豊中市身寄りのない高齢者支援事業補助金の交付を受けるため、次のすべての事項を承諾し、申込みます。

１．申込書に記載の情報については、事業者に提供することに同意します。

２．申込み後、利用にあたって市からのヒアリングを受けることに同意します。

３．補助金の交付決定後、事業者からの面談を受けることに同意します。

４．前事項に定めるもののほか、事業者が定める利用規約等を遵守します。

**●利用者情報（ICT見守り機器設置先）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　　　　　　年　　月　　日 | | 年齢 | 歳 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒  豊中市 | | | | | |
| 電話番号① |  | 電話番号②  （任意） | |  | | |

●申込み理由

|  |
| --- |
| □　親族や後見人等がいないため緊急連絡先を登録できない  □　親族や後見人等はいるが、やむを得ない理由により緊急連絡先を登録できない  　　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

●希望するサービス事業者

|  |
| --- |
| □　一般社団法人ひとサポ  □　株式会社つむぎシニアライフサポート |

※希望するサービス事業者に☑をつけてください

●市からのヒアリング希望日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第一希望日 |  | 第二希望日 |  | 第三希望日 |  |