様式第４号

※契約・購入前に必ず市役所高齢者福祉課にご相談ください

年 月 日

（宛先）

2市1町SOSネットワーク連絡協議会

会 長

申請者 住所

氏名

電話

続柄

２市１町ＳＯＳネットワーク位置情報提供装置利用費助成申請書

位置情報提供装置利用費助成を受けたいので、以下の通り申請いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利 用 者 | フリガナ  氏名 |  | 性別 | 男 ･ 女 |
| 住所 |  | | |
| 生年月日 | 明 ・ 大 年 月 日 （ 歳）  昭 ・ 平 | | |
| 生活保護 | １．適用あり ２．適用なし | | |
| 利用機器 | 事業者名 |  | | |
| 装 置 名 |  | | |
| 初期費用 | 円 | | |

添付資料 利用する装置及び利用料金を明らかにする書類

装置利用契約申込書（写）

なお、助成を受けるにあたり利用者情報をSOSネットワーク連絡協議会事務局に登録すること及び以下の○を記入した事項に同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 同意欄 | 同意内容 |
|  | 1.SOSネットワークが必要と認めた時に位置情報を検索すること |
|  | 2.位置情報提供装置の利用状況をSOSネットワーク連絡協議会事務局が確認すること |

|  |  |
| --- | --- |
| ※事務局記入欄 | 確認者 |
| Ｍ Ⅳ Ⅲb Ⅲa Ⅱｂ Ⅱa Ⅰ J  A A-1 A-2 A-1 A-2 B-1 B-2  1 2 3 要 否 |  |