

※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

様式第4号

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)
	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	III b	III a	II b	II a	I	J
A	A-1	A-2	A-1	A-2	B-1	B-2	
1	2	3				要	否