

# 見守り機器助成申請書

申請日 令和 年 月 日

社会福祉法人

秋田市社会福祉協議会長 様

申請者 (□ご本人またはご家族 □代理)

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

利用者とのご関係 \_\_\_\_\_

※代理の方は氏名および所属先名、所属先の住所、電話番号、利用者とのご関係の記入をお願いいたします。

助成金申請額 \_\_\_\_\_ 円

利用者情報	
氏名	男・女
住所	〒
電話	-
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
身体状況	1.認知症 2.知的障がい児者 3.精神障がい者
添付書類	<input type="checkbox"/> 契約書の写し <input type="checkbox"/> 契約内容の確認できるもの <input type="checkbox"/> 支払額の確認できるもの ※必ず添付のこと

〈助成金の返還〉申請者は取扱店等との見守り機器等の契約後、当該機器を使用することなく解約、クーリングオフ等を行った場合は、助成金を返還するものとする。ただし、市社協が認める場合はこの限りではない。

助成金振込先			
金融機関名		支店名	普通・当座
口座番号		(フリガナ)	
		口座名義	

上記の申請について、助成してよろしいか伺います。

令和 年 月 日

起案者 \_\_\_\_\_

交付日	決済日	事務局長兼常務	総務管理課	地域福祉課長	受付担当
/	/				

