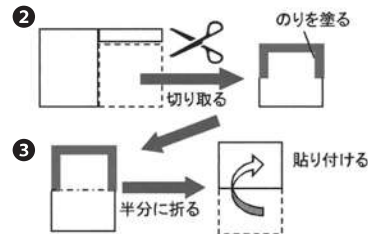


申請書提出方法

- ① 下欄の「東大阪市高齢者詐欺被害防止事業利用申請書」に必要事項をご記入下さい。
- ② 右図の要領でキリトリ線に沿って申請書を切り取り、中面「のりしろ」グレー部分に、のりをはみ出さないように塗ってください。
- ③ 記入面を内側にして、中央の折り線に沿って貼り合わせてください。(封筒完成)
- ④ 剥がれないか確認のうえ切手を貼り、ポストに投函してください。

※申請書に記入後、封筒にせずそのまま角田総合老人センターもしくは各地域包括支援センターへ直接提出いただいても結構です。(FAX.e-mail 不可)



キリトリ



様式第1号

記入日

年

月

日

受付No.

東大阪市高齢者詐欺被害防止事業利用申請書

※希望される機器に○をつけてください

振り込め詐欺被害等防止機器

迷惑防止機能付き電話機

(あて先) 東大阪市社会福祉協議会会長

東大阪市高齢者詐欺被害防止事業の利用について申請します。

申請者	ふりがな				性別
	氏名				男・女
	住所	〒 —			
	電話番号		生年月日	年 月 日	才

*申請者と利用者が異なる場合はご記入ください。同一の際は記入不要です。

利用者	申請者との続柄				性別
	ふりがな				男・女
	氏名				男・女
	住所	〒 —			
	電話番号		生年月日	年 月 日	才

(のりしろ) グレー部分にのりを塗ってください。

(のりしろ) グレー部分にのりを塗ってください。

折線(谷折り)

折線(谷折り)

緊急連絡先《利用者の近況を確認できる方》

氏名	連絡先 (どちらかに○ をして下さい)	住所	電話番号
	親族・友人		
	親族・友人		

*機器の利用に当たっては、東大阪市高齢者詐欺被害防止事業実施要綱を遵守することを誓約します。

*社会福祉協議会から、録音、その他のデータの提供の依頼があった場合には協力します。

*機器設置のため、設置業者へ情報提供を行うことを了承します。

*東大阪市高齢者詐欺被害防止事業実施要綱第14条については、自己負担となることを了承します。

*電話に他の機器を併用し発生した不具合に起因するいかなる苦情または損害賠償について、東大阪市・東大阪市社会福祉協議会及び委託事業者等に対して一切申し立てしないことを承諾します。

(例 緊急通報装置・自動監視システム・ホームセキュリティーなど)

以上、同意します。 署名

印

(原則自署)

ご記入いただいた個人情報は、本事業の目的以外には使用しません。

確認事項 (設置条件には、関係ありません。○のない場合は、個人情報を提供しないとみなします。)

高齢者の相談窓口である地域包括支援センターに個人情報を提供 してもよい ・ しない (どちらかに○をして下さい。)

設置の際、第三者に立ち会いを希望される場合は下記にご記入ください。

氏名	関係	住所	電話番号
----	----	----	------



キリトリ

お問い合わせ

〒578-0912 東大阪市角田 2 丁目 3 番 8 号

社会福祉法人 東大阪市社会福祉協議会

東大阪市立角田総合老人センター

TEL. 072-962-8011

キリトリ



切手を貼り
お出し下さい。

東大阪市立角田総合老人センター 行

社会福祉法人 東大阪市社会福祉協議会

東大阪市角田 2 丁目 3 番 8 号

5780912

折線（山折り）



キリトリ