

## 緊急通報装置給付申請書

年 月 日

徳島市長 殿

申請者 \_\_\_\_\_

徳島市重度身体障害者緊急通報装置給付事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

身体 障 害 者	住 所		電話番号	(     )            -
	氏 名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	身体障害者手帳番号	県第            号	障 害 名	(     種     級)
	転入日 (過去一年以内に徳島市に転入した人のみ記入)			年 月 日

この申請を行うにあたり、下記事項を承諾します。

○この申請に係る所得・課税状況及び世帯状況を徳島市が官公署、関係人に調査、報告を求めることに同意します。

署 名 \_\_\_\_\_

近 親 者 の 状 況	氏 名	住 所	電 話 番 号	続 柄

※市内、市外を問わず記入ください。

※実際に購入（給付）に関与する事業者から取得した緊急通報装置（固定電話に接続する装置本体及びペンダント型無線送信機の 2 点）の見積書を添付してください。

※身体障害者が電話番号を有していることが分かるもの（申請日から 3 か月以内の通信事業者からの請求書、通話料金の引き落とし口座など）の写しを添付してください。