

様式第 1 号

福祉相談システム利用申請書

年 月 日

舟形町長 様

申請者

住 所	舟形町
ふりがな	
氏 名	⑩
電話番号	

舟形町福祉相談システムを利用したいので、利用条件を承諾の上、必要事項を記載し申請いたします。

記

以下について、該当する番号に丸印を付けて下さい。  
また、必要事項を記載して下さい。

1 申請の理由

1. 乳幼児（就学する前の子供）を養育する世帯
2. 高齢者（65歳以上の者）のみの世帯
3. 聴覚障がい1級から3級までの者と現に生活している世帯

2 申請理由に該当する方の氏名及び生年月日

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名			
ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名			
申請理由が「3」の場合はその等級を記載して下さい。また、障がい者手帳の写しを添付して下さい。			聴覚障がい者： 級

3 フレッツ光サービス・ひかり電話サービス・テレビ電話オプションの申し込み状況

- |   |
|---|
| 1. 開通済み（準備が完了している）                              |
| 2. 申し込み済（利用開始予定日：           年       月       日）  |
| 3. 申し込み予定（申込予定時期：           年       月       日頃） |

4 テレビ電話機設置場所の略図

利用者宅付近の簡易地図を下記に記載するか、別紙により添付して下さい。

テレビ電話機設置場所略図

---

## 利用条件

- (1) 光通信回線の準備及び機器等の配線に要する費用、使用にかかる基本料金、通話料金、電気料金、機器等の保守料金及びその他機器等にかかる費用を負担します。
- (2) 機器等の使用にあたっては、必要な注意を払って使用します。
- (3) 設置された機器等が破損し、加入する保守サービスにより修復できない場合は、その修復に要する費用を負担します。
- (4) 設置された機器等を故意に破損した場合は、その修復に要する費用を負担します。
- (5) 機器等は、高温多湿の場所を避けて使用し、分解又は改造はしません。
- (6) 申請書に記載した住所以外で機器等を使用しません。また、他の者に貸与しません。
- (7) 機器等の使用により損害が生じても、利用者自身の責任とします。
- (8) 利用者の要件に該当しなくなったとき又は取り消しの通知を受けたときは、速やかに機器を返還します。返還にあたっては、故障等により機能が損なわれている場合は修繕し、貸与前の状態に復元します。
- (9) 上記に記載の利用条件のほか、舟形町福祉相談システム事業実施要綱に基づき利用します。