

堺市身体障害者緊急通報システム利用承認（不承認）決定通知書

第 号
年 月 日

様

堺市長

印

年 月 日付けで申請のあった堺市身体障害者緊急通報システムの利用について、次のとおり決定したので通知します。

利用者氏名		受付番号	第 号
決定内容	承認 ・ 不承認（理由）		
費用負担	円		
備考	注意 1 利用者が、次の各号のいずれかに該当することになったときは、速やかに保健福祉総合センターまで届け出てください。 （1）堺市身体障害者緊急通報システム事業実施要綱第3条に定める要件に該当しなくなったとき。 （2）利用者が死亡したとき。 （3）システムの利用が不要になったとき。 （4）申請書の記載事項に変更があったとき。 2 堺市身体障害者緊急通報システム事業実施要綱又はこれに基づく指示に反したときは、システムの利用承認を取り消します。		