

（宛先）  
岩国市長 様

申 請 者 氏名  
住所  
電話番号  
代理申請者 氏名  
住所  
対象者との続柄 （ ）

岩国市あんしん情報カプセル交付申請書

私は、岩国市あんしん情報カプセルの交付を申請し、次のことについて同意します。

- 1 記載内容に変更があった場合は、あんしん情報カプセル内の情報シートの更新を行うこと。
- 2 あんしん情報カプセルを冷蔵庫の中に保管すること。
- 3 あんしん情報カプセル用のステッカーを冷蔵庫に貼っておくこと。
- 4 1 から 3 までの実施を怠って生じた損害等について、賠償の請求等をしないこと。
- 5 あんしん情報カプセルを持っていることを、必要に応じて市が地区の民生委員や児童委員、福祉員にお知らせすること。

-----  
該当項目に  をしてください。

- 65 歳以上のひとり暮らし高齢者
- 65 歳以上の高齢者であって、同居人が認知症、要介護状態等であるもの又は同居人が仕事、通院等で長時間外出するなど、実質的に一人で過ごしている状況にあるもの
- 75 歳以上のふたり暮らし高齢者
- 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者
- 障害者総合支援法又は児童福祉法の対象となる難病患者