

社会福祉法人長泉町社会福祉協議会 “赤い羽根共同募金” ひとり暮らし高齢者福祉電話設置事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、緊急通報システム（以下「福祉電話」という。）を利用することにより、ひとり暮らし高齢者緊急時の通報体制の確立を図り、もって地域福祉の増進に寄与することを目的とする。

(事業内容)

第2条 この事業は、利用決定を受けた者（以下「利用者」という。）の自宅に福祉電話を設置し、119番及び消防指令センターの電話番号を福祉電話本体に登録して、緊急通報受信時に対応するものである。この場合においては、消防指令センターは、利用者の状況に応じて、あらかじめ指定した緊急連絡先に支援依頼の連絡をとることとし、長泉町社会福祉協議会（以下「本会」という。）は、これに協力するものとする。

(対象者)

第3条 この事業の対象者は、長泉町に居住する65歳以上でひとり暮らしの者とする。ただし、会長が特に必要と認めた場合は、この限りでない。

(申請方法)

第4条 この事業を利用しようとする者は、長泉町社会福祉協議会 “赤い羽根共同募金” ひとり暮らし高齢者福祉電話設置・利用申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）に記入のうえ、各地区の担当民生委員を通じ、会長に申請をしなければならない。

2 前項の申請者は、緊急連絡先を原則として1カ所以上指定するものとする。

(費用の負担)

第5条 利用者は、西日本電信電話株式会社より請求される福祉電話の設置に必要な工事費等及び福祉電話リース料金を支払うものとする。

2 福祉電話の設置及び取り外しに伴う工事費等は利用者が負担する。

(費用の助成)

第6条 本会は、利用者が負担する前条第1項に規定する福祉電話リース料金の一部を助成するものとする。

2 前項の助成を受けようとする者は、長泉町社会福祉協議会 “赤い羽根共同募金” ひとり暮らし高齢者福祉電話設置事業利用料助成申請書（別紙様式）により申請するものとする。

3 助成金の交付は、毎年10月及び4月とし、4月分から9月分までを10月に、10月分から3月分までを4月に交付する。ただし、会長が必要と認めるときは、この限りではない。

(助成額の算出方法)

第7条 前条の助成額は、月額330円とする。この場合において、福祉電話の設置月分を助成対象外とし、同廃止月分は助成対象とする。ただし、福祉電話設置月と同月内に福祉電話を廃止した場合は助成対象外とする。

(変更の届出)

第8条 利用者は、申請書の内容を変更する場合は、長泉町社会福祉協議会 “赤い羽根共同募金” ひとり暮らし高齢者福祉電話変更届（様式第2号）に記入のうえ、各地区の担当民生委員を通じ会長まで提出しなければならない。

(利用の廃止)

第9条 利用者は、福祉電話の利用を廃止する場合は、長泉町社会福祉協議会“赤い羽根共同募金”ひとり暮らし高齢者福祉電話利用廃止届(様式第3号)に記入のうえ、会長まで提出しなければならない。

(備え付け簿冊)

第10条 この事業の実施による備え付け簿冊等は、次のとおりとする。

- (1) 福祉電話設置申請書兼利用者台帳
- (2) その他事業に必要な簿冊

附 則

この要綱は、平成13年1月1日から施行する。ただし、第6条の規定は平成12年10月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成16年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成18年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年3月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

別紙様式（第6条関係）

長泉町社会福祉協議会 “赤い羽根共同募金” ひとり暮らし高齢者福祉電話設置事業
 利用料助成申請書

年 月 日

社会福祉法人 長泉町社会福祉協議会
 会 長 様

申請者 住所

氏名

ひとり暮らし高齢者福祉電話設置事業実施要綱に基づき申請します。

対象者	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所	長泉町		電話		
振込先	金融機関	〔 銀行・信金・信組・農協 〕		支店名	店	預金種別 普通・当座
	口座番号			口座名義	フリガナ	

- ※ 郵便局は除く、本人名義の金融機関口座をご記入ください。
- ※ 郵便局のみ、もしくは口座をお持ちでない方も申請書へのご記入はお願いいたします。

様式第1号（第4条関係）

長泉町社会福祉協議会 “赤い羽根共同募金” ひとり暮らし高齢者福祉電話
設置・利用申請書

年 月 日

社会福祉法人長泉町社会福祉協議会
会 長 様

福祉電話を設置・利用したいので以下のとおり申請します。

ふりがな			電 話		
申請者 氏 名			生年月日	年	月 日
住 所	(区)				
親 族	氏名		年齢	続柄	
			電話		
	住所				
通報先	1 隣				
コミュニケーション 状況	難聴	無 有 ()			
	その他	()			
設置機器	1. 本体 2. アンテナ部 3. ペンダント型発信機				
<民生委員意見> 氏名 電話番号					

様式第2号（第8条関係）

長泉町社会福祉協議会 “赤い羽根共同募金” ひとり暮らし高齢者福祉電話変更届

年 月 日

社会福祉法人長泉町社会福祉協議会
会 長 様

届出者 氏名
住所
電話

※届出者と利用者が異なる場合ご記入下さい。

利用者 氏名
住所
電話

福祉電話設置・利用申請書の内容に変更が生じたので、下記のとおり届け出ます。

記

変更事項

通報先 健康状態 住所 電話番号 その他()

変更前	
変更後	

様式第3号（第9条関係）

長泉町社会福祉協議会 “赤い羽根共同募金” ひとり暮らし高齢者福祉電話廃止届

年 月 日

社会福祉法人長泉町社会福祉協議会
会 長 様

届出者 氏名
住所
電話

※届出者と利用者が異なる場合は下記にもご記入下さい。

利用者 氏名
住所
電話

廃 止 日 年 月 日

理 由