

緊急通報システム事業利用申請書

令和〇年〇〇月〇〇日

須賀川市長

下記の承諾事項に同意のうえ、緊急通報システム事業を利用したいので申請します。

利用者	住所	〒〇〇〇—〇〇〇〇 須賀川市 八幡町135番地		電話(発信者番号)	〇〇—〇〇〇〇	
				携帯電話番号	〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇	
	ふりがな氏名	須賀川 太郎	生年月日	昭和〇年〇月〇日 (〇〇歳)		性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
代理人	住所	△△県□□市□□町〇番地〇 □アパート101号		電話番号	〇〇—〇〇〇〇	
	ふりがな氏名	須賀川 花子		続柄	長女	
住居の状況		普通家屋 (平屋・ <input checked="" type="radio"/> 二階建て) ・アパート等 (階 号)			所有	<input checked="" type="radio"/> 持家 <input type="radio"/> 借家
身体状況	治療中の病気	〇〇症、□□症		か か り つ け 医 療 機 関	□□病院	医 療 機 関 電 話 番 号
	起居状況	自立				
介護保険	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5)					
医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済保険 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()					
身体障害者手帳	有 <input checked="" type="radio"/> 無	障害名	障害程度 種 級			
電話対応の可否	<input checked="" type="radio"/> できる・できない (理由)					
緊急通報協力員	順位	ふりがな氏名	続柄	住 所		
	1	須賀川 次郎	次男	須賀川市八幡町△番地 (TEL ×××-××××-××××)		
	2	須賀川 三郎	三男	須賀川市八幡町△番地 (TEL ××-××××)		
	3	須賀川 花子	長女	△△県□□市□□町〇番地〇 □アパート101号 (TEL ××-××××)		
緊急連絡先(親族等)		須賀川 次郎	次男	須賀川市八幡町△番地 (TEL ×××-××××-××××)		
		須賀川 三郎	三男	須賀川市八幡町△番地 (TEL ××-××××)		
		須賀川 花子	長女	△△県□□市□□町〇番地〇 □アパート101号 (TEL ××-××××)		
担当民生委員名	〇〇 〇〇		希望業者	〇〇〇〇		
鍵の保管について (緊急時の対応のために)		<input checked="" type="checkbox"/> 協力者・親族等→ (協力員1及び2にて保管) <input type="checkbox"/> 賃貸住宅の大家→ () <input type="checkbox"/> キーボックス→ () <input type="checkbox"/> その他→ ()				

承諾事項

- ・世帯の市民税の課税状況を税務資料により確認することを委任します。
- ・安否の確認ができない場合は、協力員、委託業者及び市職員等の住宅内への立ち入りを認めます。その際に、住宅の一部に破損が生じても、修復する費用は、私（利用者）が負担します。
- ・緊急時の対応を円滑に行うため、委託業者、消防署、地域包括支援センター、介護支援専門員及び民生委員に申請書の情報を提供することがあることに同意します。

「利用者」の署名
又は記入捺印

利用者署名（又は記名押印）

須賀川 太郎