

緊急通報システム事業利用申請書

年 月 日

須賀川市長 様

住 所 須賀川市  
申請者  
氏 名

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	須賀川市			電話(発信者番号)	
					携帯電話番号	
	氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)	性別	男・女
住居の状況	普通家屋（平屋・二階建て）・アパート等（ 階 号）				所有	持家・借家
身体状況	治療中の病気		かかりつけ 医療機関		医療電話 番号	
	起居状況					
医療保険	①国民健康保険 ②社会保険 ③共済保険 ④後期高齢者医療 ⑤生活保護 ⑥その他（ ）					
身体障害者手帳	有・無	障 害 名	障害程度 種 級			
電話対応の有無	できる・できない（理由 ）					
<p>承諾事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>						

緊急通報協力員	順位	氏 名	続 柄	住 所
	1			(TEL - )
	2			(TEL - )
	3			(TEL - )
緊急連絡先 (親族等)				(TEL - )
				(TEL - )
担当民生委員名		須賀川市	(TEL - )	
備考				