

緊急通報システム事業利用申請書

〇〇年 〇月 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 | 須賀川市 八幡町〇〇番地 | | 電話(発信者番号) | 75-0000 | | |
| | | | | 携帯電話番号 | | | |
| 氏名 | 須賀川 花子 | | 生年月日 | 昭和〇年〇月〇日(〇〇 歳) | | 性別 | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 |
| 代理人 | 住所 | 須賀川市〇〇町△△番地 | | 電話番号 | 090-0000-0000 | | |
| | 氏名 | 須賀川 太郎 | | 続柄 | 長男 | | |
| 住居の状況 | 普通家屋(平屋・ <input checked="" type="radio"/> 二階建) <input type="radio"/> ・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 | かかりつけ 医療機関 | 〇〇クリニック | | 医療 電話 番号 | 75-0000 | |
| | 起居状況 | | つかまりながら移動 | | | | |
| 治療中の病気 | ・狭心症 ・高血圧症 | | | | | | |
| 医療保険 | ①国民健康保険 ②社会保険 ③共済保険 <input checked="" type="radio"/> ④後期高齢者医療 ⑤生活保護 ⑥その他() | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 | 障害名 | 〇〇 | | 障害程度 | <input type="radio"/> 種 <input type="radio"/> 級 | |
| 電話対応の有無 | <input checked="" type="radio"/> できる <input type="radio"/> できない(理由) | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | |
| 利用者署名(又は記名押印) 須賀川 花子 <input checked="" type="radio"/> | | | | | | | |
| 緊急通報協力員 | 順位 | 氏名 | 続柄 | 住所 | | | |
| | 1 | 須賀川 太郎 | 長男 | 須賀川市〇〇町△△番地(TEL 090-0000-0000) | | | |
| | 2 | 牡丹 咲子 | 長女 | 須賀川市〇〇町△△番地(TEL 090-1111-0000) | | | |
| 緊急連絡先(親族等) | 3 | 松明 三郎 | 甥 | 須賀川市〇〇町△番地(TEL 090-1111-1111) | | | |
| | | 須賀川 太郎 | 長男 | 須賀川市〇〇町△△番地(TEL 090-0000-0000) | | | |
| | | 牡丹 咲子 | 長女 | 須賀川市〇〇町△△番地(TEL 090-1111-0000) | | | |
| 担当民生委員名 | 〇〇 〇〇 | | 須賀川市八幡町△△番地(TEL 090-1111-2222) | | | | |
| 備考 | ※介護認定や担当ケアマネ、通所リハビリテーション・ヘルパー利用など | | | | | | |