**緊急通報システム利用申請書**

年　　　月　　　日

　　長浜市長　　　　　　　　あて

申請者　　住　　所

　　　　　氏　　名

　　　　　電話番号

　　　　　利用者との続柄

　次のとおり緊急通報システムの利用を申請します。

　なお、利用の可否を決定するために、利用者及び利用者と同一世帯に属する者の住民登録資料、税務資料その他必要な資料について、関係機関に照会・閲覧されることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | ふりがな  氏　名 | | |  | | | | | | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日（　　　　歳） | | | | | | |
| 住所 | | | 長浜市 | | | | | | | | | 電話 |  | | | | | |
| 緊急通報システムが必要な理由（該当するものに○をつけてください。）  １．65歳以上のひとり暮らし高齢者又は緊急時の対応ができない状態の者のみで構成される世帯に属する高齢者で、突発的に生命に危険な症状が発生する疾患等により日常生活に常時注意を要する状態のため　（※）  ２．１級又は２級の身体障害者手帳の交付を受けており、ひとり暮らしで緊急事態に機敏に行動することが困難なため  ３．その他上記に準ずる理由のため（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の  回線種別 | | | | □ＮＴＴアナログ回線 | | | | | □ＮＴＴアナログ回線以外  回線名（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | □固定回線なし | | |
| かかりつけ  の医療機関 | | | | 所在地 | |  | | | | | | 主治医 | |  | | | | |
| 機関名 | |  | | | | | | 電話 | |  | | | | |
| 主な病名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者  手帳の有無 | | | | 有・無 | | 手　帳  交付日 | | 年　　月　　日 | | | | 手帳番号 |  | | | | 等級 | 級 |
| 協力員 | 順位 | ふりがな  氏　　　名 | | | | | | 住　　　　　所 | | | | | | 利用者との関係 | | 合鍵の  有無 | | 電話／  携帯電話 | |
| 1 |  | | | | | |  | | | | | |  | | 有 | |  | |
| 無 | |  | |
| 2 |  | | | | | |  | | | | | |  | | 有 | |  | |
| 無 | |  | |
| 3 |  | | | | | |  | | | | | |  | | 有 | |  | |
| 無 | |  | |
| 緊急時連絡先 | 1 |  | | | | | |  | | | | | |  | | 有 | |  | |
| 無 | |  | |
| 2 |  | | | | | |  | | | | | |  | | 有 | |  | |
| 無 | |  | |
| 住居管理者 | | | 住所 | | |  | | | | | 氏名 |  | | | | 電話 | |  | |

（※）に該当する場合で、介護認定を受けていない場合は、診断書等病気の状態が確認できる書類を添付してください。（介護認定を受けている場合でも、介護認定調査結果から確認できない場合は、書類の提出を求めます。）