

緊急通報システム利用申請書

令和00年 00月 00日

長浜市長

あて

申請者

住所

長浜市00町00番地

氏名

見本 太郎

電話番号

000-0000-0000

利用者との続柄

子(長男)

※申請者は、「本人」または「ご家族」となります

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 | みほん ひでよし 見本 秀吉 | | 生年月日 | 昭和00年00月00日 (00 歳) | | | |
| | 住所 | 長浜市 00町00番地 | | | 電話 | 000-0000-0000 | | |
| | 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) | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 65歳以上のひと 突発的に生命に <input type="checkbox"/> 2. 1級又は2級の 暮らしで <input type="checkbox"/> 3. その他上記に準ずる理由のため () | | | | | | | |
| | 現在の 回線種別 | <input checked="" type="checkbox"/> NTTアナログ回線 | | <input type="checkbox"/> NTTアナログ回線以外 回線名 () | | <input type="checkbox"/> 固定回線なし | | |
| | かかりつけ の医療機関 | 所在地 | 長浜市00町00番地 | | 主治医 | 00 00 先生 | | |
| | | 機関名 | 00医院 | | 電話 | 00-0000 | | |
| | 主な病名 | 心筋梗塞 | | | | | | |
| | 特記事項 | 同居の妻は認知症があるため、緊急時に対応できません。 | | | | | | |
| | 身体障害者 手帳の有無 | 有 <input type="checkbox"/> | 無 <input checked="" type="checkbox"/> | 手帳 交付日 | | | 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 | ながはま いちろう 長浜 一郎 | 長浜市00町00番地 | 近隣 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 00-0000 000-0000-0000 | | |
| | 2 | おうみ はなこ 近江 花子 | 長浜市00町00番地 | 従妹 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 00-0000 000-0000-0000 | | |
| | 3 | こほく じろう 湖北 二郎 | 長浜市00町00番地 | 友人 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 00-0000 000-0000-0000 | | |
| 緊急時 連絡先 | 1 | みほん たろう 見本 太郎 | 長浜市00町00番地 | 子(長男) | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 00-0000 000-0000-0000 | | |
| | 2 | おおさか びわこ 大阪 びわ子 | 大阪府00市00町00番地 | 子(長女) | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 00-0000 000-0000-0000 | | |
| 住居管理者 | 住所 | 彦根市00町00番地 | | 氏名 | 彦根 三郎 (00不動産) | | 電話 | 00-0000 (00-0000) |

※こちらを選択された場合は、固定電話型の申請となります。

※こちらを選択された場合は、モバイル型の申請となります。

※協力員は、必ず3人記入してください。

(※)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。)