

綾川町長 様

緊急通報サービス利用申請書

次のとおり、緊急通報サービスの利用を申請します。

区分	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者	利用開始年月日	年 月 日			
利用方法	<input type="checkbox"/> 固定電話 (<input type="checkbox"/> アナログ回線 ・ <input type="checkbox"/> 光回線等) <input type="checkbox"/> 携帯電話 (<input type="checkbox"/> 業者に依頼 ・ <input type="checkbox"/> 自己設定 (機種:))					
利用者	住所	綾川町		電話		
	氏名	生年月日	年 月 日	歳	性別	男・女
同意	<input type="checkbox"/> 場所や機種変更等自己都合での業者による再設定費用は、利用者負担となります。					
	<input type="checkbox"/> 緊急時に協力者、関係機関職員等が居住内に立入ることに同意します。					
	<input type="checkbox"/> 緊急時に協力者等が立入った際、住居等を破損しても修復の責任は問いません。					
	<input type="checkbox"/> 協力者には緊急通報時の対応方法について事前に説明し、協力の同意を得ました。					
近親者	No.	氏名	住所	続柄	電話	
	①					
	②					
	③					
協力者	No.	氏名	住所	電話	続柄	鍵
	第1					km 分
	第2					km 分

※協力者が近親者の場合は、協力者の欄には近親者のNo. をご記入ください。

※協力者の鍵欄には、利用者宅の鍵を持っている方に○をご記入ください。

※協力者の距離欄は、利用者宅までの距離及び到着までの時間をご記入ください。

住宅の状況	ア 自宅 (階建)	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし (敷地内に親族いない者) <input type="checkbox"/> 重度心身障害者 (手帳: 級) <input type="checkbox"/> 家族が障害者のみ <input type="checkbox"/> 要介護4以上 <input type="checkbox"/> 身体(1級・2級) <input type="checkbox"/> 療育 (○A・A) <input type="checkbox"/> 精神 (1級)
	イ アパート (階建)	
主治医	ウ その他 ()	<input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 治療中の病気あり
	構造 (木造・鉄筋・プレハブ・その他)	
確認	居室への侵入路 (幅 約 m))
	駐車場 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	
	病院名	
	氏名	
	電話番号	
	本事業の対象要件に該当することを証明します。 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー 署名 <input type="checkbox"/> 担当相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 民生委員	