様式第1号(第6条関係)

(表)

緊急通報システム見守り事業利用申請書

年　　月　　日

大子町長　　　　様

申請者　住所

氏名

対象者との続柄(　　　　　　　　　　)

　緊急通報システム見守り事業を利用したいので，次のとおり申請します。また，下記に記載する情報について，事業の関係者へ共有することに同意します。

　なお，緊急通報を発したときは，関係機関及び協力員の住宅内への立入りを認めるとともに立入りに際し，やむを得ず住宅の一部を損傷しても責任は問いません。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな  対象者氏名 | |  | | | | | 血液型 | | 男  女 | | 年　　　月　　　日生 | | | | | | 住居の目標 |  | | | | |
|  | |
| 住所 | | 大子町大字 | | | | | | | | 電話 | |  | | | | |
| 同居者氏名 | | 1　　　　　　　　　　　　　　　　　　2　　　　　　　　　　　　　　　　　　3　　　　　　　　　　　　　　　　　　　4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住建物 | | 居住階 | | 階建て　　　　　階 | | | | 用途 | | | 専用住宅・共同住宅・その他(　　　　　　　　　　) | | | | | | | | ガスの納入業者 | |  | |
| 主な病名など | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| かかりつけの医療機関 | | 病院名  電　　話 | | | | | | | | | | | 主治医 | | | 科目　　　　　　　　　　医師名 | | | | | | |
| 医療保険 | | 1　国民健康保険　　　　　2　社会保険　　　　　3　後期高齢者医療保険　　　　　4　生活保護　　　　　5　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者の保険証番号 | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 親族等連絡先１ | | ふりがな  氏名 | | | | 続柄 | | | | |  | | | 住所 | 電　　話 | | | | | | | |
| 親族等連絡先２ | | ふりがな  氏名 | | | | 続柄 | | | | |  | | | 住所 | 電　　話 | | | | | | | |
| かぎの管理者 | | ふりがな  氏名 | | | | 関係 | | | | |  | | | 住所 | 電　　話 | | | | | | | |
| 搬送後の居住管理者 | | ふりがな  氏名 | | | | 関係 | | | | |  | | | 住所 | 電　　話 | | | | | | | |
| 協力員  緊急通報 | 連絡順位 | 氏名 | | | 同意印 | 性別 | | | | | 電　話　番　号 | | | 住　　　　　所 | | | | | | かぎ | | 利用者との関係 |
| 1 |  | | |  | 男・女 | | | | |  | | |  | | | | | | 有・無 | |  |
| 2 |  | | |  | 男・女 | | | | |  | | |  | | | | | | 有・無 | |  |
| 3 |  | | |  | 男・女 | | | | |  | | |  | | | | | | 有・無 | |  |

　(裏)

利用者宅略図

|  |  |
| --- | --- |
| ○位置図(目標となる建物等を書くこと。) | ○住宅の間取図(平面図) |