

志免町緊急通報システム事業利用申請書

年 月 日						
志免町長 殿						
志免町緊急通報システム事業の利用について、以下のとおり申請します。						
申請者 住所						
氏名 (本人との関係)						
電話番号						

緊急通報システム事業利用者	氏名	男 女	生年月日	大・昭・平 年 月 日生	年齢	歳
	住 所	志免町				
	電話番号	(自宅)	血液型	型	障害者手帳	級
		(携帯電話)				
	住 居	1. 持ち家 2. 借家		オートロック : 有 ・ 無		
		※賃貸の方は必ずご記入ください。				
		住居管理者: 氏 名				
		住 所				
	電話番号					
	合鍵所有者氏名		連絡先		続柄	
① 身体状況						
視 力 …… ☐ 全盲 ☐ 弱視 ☐ 普通						
聴 力 …… ☐ 難聴 ☐ やや難聴 ☐ 普通						
会 話 …… ☐ 不自由 ☐ 少し不自由 ☐ 普通						
認知症 …… ☐ あり ☐ なし						
② 健康状態						
☐ 高 血 圧 ☐ 心 臓 病 ☐ 脳 血 管 障 害 ☐ 糖 尿 病						
☐ 肝 臓 病 ☐ 腎 臓 病 ☐ 呼吸器の病気 ☐ 結 核						
☐ 神 経 痛 ☐ リ ウ マ チ ☐ 関 節 炎 ☐ 骨 折						
☐ そ の 他 ()						
③ 日常生活状況						
歩 行 …… ☐ 全 介 助 ☐ 一 部 介 助 ☐ 自分で可能						
排 泄 …… ☐ 全 介 助 ☐ 一 部 介 助 ☐ 自分で可能						
食 事 …… ☐ 全 介 助 ☐ 一 部 介 助 ☐ 自分で可能						
入 浴 …… ☐ 全 介 助 ☐ 一 部 介 助 ☐ 自分で可能						
着脱衣 …… ☐ 全 介 助 ☐ 一 部 介 助 ☐ 自分で可能						

通 院 治 療 中 の 医 療 機 関	病院名		担当医	
	所在地	(電話番号)		
	病院名		担当医	
	所在地	(電話番号)		

家族等の状況	氏 名	続柄	年齢	住 所		電話番号
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		

緊急通報先	近隣の協力員 第1通報先	氏 名	男 女	生年月日	年 月 日生
		住 所	志免町 (電話番号)		
	近隣の協力員 第2通報先	氏 名	男 女	生年月日	年 月 日生
		住 所	志免町 (電話番号)		

近隣の協力員…緊急通報システム事業利用者が、緊急事態発生時に緊急通報システム事業者に通報した場合、事業者より近隣の協力員に連絡し、利用者の状況を確認し、折り返し事業者に報告していただくことがあります。

希望機種	1. 固定型 2. 携帯型
備考欄	