|  |  |
| --- | --- |
| 加古川市緊急通報システム利用申請書兼登録台帳 | 登 録 番 号 |
|  |
|  　　　　　　　　　　 年 月 日 |
|  加 古 川 市 長 様 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 〒 申請者 住所　 　 （利用者）  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾌﾘｶﾞﾅ氏名　 　　　　　　　　　　電話携帯電話　 |
| * 固定型装置を希望し、電話回線は NTTアナログ回線であることを確認しました。

**※右のいずれか****選択ください。*** 固定型装置を希望し、電話回線は NTTアナログ回線以外の回線で利用します。【誓約書】
* モバイル型装置を希望します。【承諾書】
 |
| 下記のとおり緊急通報システムを利用したいので申請します。 |
|  |  | 生年月日 | 大正・昭和　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 身　体　状　況 |
| 住居の状態 | □持ち家　□借家　□公営住宅□アパート等 □その他（　　　　　　） | 介護度 |  | かかりつけ医（TEL　　　　　　　　　） |
| 主な病名・症状 |  |
| 世帯の状況 | 氏 名 | 生 年 月 日 | 身　体　状　況 |
| フリガナ　　　　　　　　　　　(続柄　　　　　　　) | 大正 ･ 昭和　　年　　月　　日 | 介護度 |  | かかりつけ医（TEL　　　　　　　　　） |
| 主な病名・症状 |  |
| フリガナ　　　　　　　　　　　(続柄　　　　　　　) | 大正 ･ 昭和　　年　　月　　日 | 介護度 |  | かかりつけ医（TEL　　　　　　　　　） |
| 主な病名・症状 |  |
| 　**【承認事項】**１ 利用者は、緊急通報を発した場合は、救護の要請であり、近隣協力者、関係機関等の住宅内立入りを認めます。また、住宅内に立入る際、住宅の一部に破損が生じてもその修復は自己負担とし、相手方に責任を問いません。２ 利用者は、所得状況について、地方税法に基づく課税台帳等により確認されることを承認します。３ 利用者、協力者は記入された個人情報について、加古川市消防本部、民生委員及び委託業者に情報提供をすることを承認します。 |
| 入院・事故などの際の連絡先（親戚等） |
| 住 所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （電話　　　　 　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　（携帯電話　　　 　　　　　　　　） |
| フ リ ガ ナ |  | 続 柄 |  |
| 氏 名 |  |
| 住 所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （電話　　　　　 　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （携帯電話　　　　 　　　　　　　） |
| フ リ ガ ナ |  | 続 柄 |  |
| 氏 名 |  |
| **※**　**緊急時の対応のため、できるだけ協力者の方に鍵を預かっていただくよう、ご協力をお願いいたします。** |
| 第１近隣協力者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生 年 月 日 |
| 氏 名 |   | 大正 　　昭和 　年 月 日　平成　　　　　　 （ 歳） |
| 電 話 |  | 利用者との関係 |  |
| 携帯電話 |  |
| 住 所 | 〒 | 鍵の預かり | 有 ・ 無 |
| 第2近隣協力者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生 年 月 日 |
| 氏 名 |   | 大正 　　昭和 　年 月 日　平成　　　　　　 （ 歳） |
| 電 話 |  | 利用者との関係 |  |
| 携帯電話 |  |
| 住 所 | 〒 | 鍵の預かり | 有 ・ 無 |
| 第3近隣協力者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生 年 月 日 |
| 氏 名 |   | 大正 　　昭和 　年 月 日　平成　　　　　　 （ 歳） |
| 電 話 |  | 利用者との関係 |  |
| 携帯電話 |  |
| 住 所 | 〒 | 鍵の預かり | 有 ・ 無 |