|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |