

## 緊急通報システム事業利用申請書

年 月 日

香芝市長 様

住所

申請者 氏名

印

電話番号

次の通り緊急通報システム事業の利用を申請します。

利 用 者	ふりがな		性別	生 年 月 日		
	氏 名		男・女			
	住 所					
	自宅 電話番号		携帯 電話番号			
	主な病名	血液型		型		
		身体障害者手帳		有 ・ 無		
		障害		種 級		
か か り つ け の 医 療 機 関	名 称					
	住 所					
	電話番号					

鍵  
( )  
( )

鍵	協 力 員	順 位	氏 名	性別	続柄	住 所	電 話
( )		1					
( )		2					

- 緊急通報センターからの確認電話に応答しない場合は、近隣協力者や関係機関が住宅内に立ち入ることを認めます。
- 緊急時に近隣協力者や関係機関が住宅内に立ち入る場合、住宅等の一部に破損が生じてもその修復等について相手方の責任を問いません。
- 緊急通報装置を利用中に発生した事故については、故意または重大な過失によるものを除き一切の責任を問いません。
- 緊急通報装置を利用するにあたり、課税台帳を閲覧する事を認めます。
- 緊急通報装置が必要なくなった場合は、返還いたします。
- 緊急時の対応のために、緊急通報システム事業利用申請に係る個人情報をも市が委託している緊急通報センター、奈良県広域消防組合及び地区担当の民生児童委員に提供することに同意します。また、緊急搬送時必要な場合は、同じ個人情報を病院に対して奈良県広域消防組合より提供することに同意します。

私は、香芝市緊急通報システム事業を利用するにあたり、上記事項について何ら異議を申し立てません。

本人署名

※裏面も必ずご記入ください。

(代筆者署名 続柄 )  
取付工事連絡：本人/その他 ( )

別表 氏名( )

介護 保険	1. 未申請 (理由 )		2. 申請中		
	3. 申請済( 非該当 事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 )				
	居宅介護(予防)支援事業所名				
	担当ケアマネージャー名			事業所 電話番号	

民生委員氏名		電話番号	
--------	--	------	--

緊急 連絡 先	第1 連絡 先	ふりがな		続柄		
		氏名				
		住所				
		自宅 電話番号				
		携帯 電話番号				
	第2 連絡 先	ふりがな		続柄		
		氏名				
		住所				
自宅 電話番号						
	携帯 電話番号					

第1・2連絡先以外の緊急連絡先

別 居 親 族 等	氏名	続柄	住所		
				(自宅電話番号)	
				(携帯電話番号)	
	氏名	続柄	住所		
				(自宅電話番号)	
				(携帯電話番号)	
	氏名	続柄	住所		
				(自宅電話番号)	
				(携帯電話番号)	
	氏名	続柄	住所		
				(自宅電話番号)	
				(携帯電話番号)	