

長野市緊急通報装置設置申出書

令和 年 月 日

長野市長 宛

〒

申出者 住所
フリガナ
氏名
連絡先 () 印

長野市ひとり暮らし高齢者、重度身体障害者緊急通報装置設置事業実施要綱第4の規定により、次のとおり申し出ます。

区分	1 独居 3 日中独居（障害者のみ）	2 75歳以上の世帯 4 高齢者及び障害者
緊急通報装置を利用しようとする者（利用者①）	フリガナ 氏名	生年 明治・大正 年 月 日 月日 昭和・平成 (歳) 性別 男・女
	住所	〒
	電話番号	() 電話回線 1 NTTアナログ 2 その他 ()
	健康状態	1 良好 2 普通 3 やや弱い 4 弱い
	治療を受けている医療機関	主な病名 病院（医院） 通院回数 月 回
	サービスを受けている介護保険等事業所名	担当者
	要介護認定	要支援____・要介護____ 連絡先 ()
	身体障害者手帳等級	種 級 障害名

民生委員 確認欄	上記の者は、緊急通報装置が必要であることを認めます。 民生委員氏名 印
	避難行動要支援者台帳への登録の有無 1 有 2 無 3 調査中

同意欄	緊急通報装置設置申出に当たり、下記の事項に同意します。 1 申出書に記載された個人情報、委託事業者へ提供すること。 2 申出書に記載された協力者等の個人情報の提供について、その承諾を得ていること。 3 申出書に記載された個人情報等を、消防局へ提供すること。 4 緊急時に協力者等の安否確認・救護行為等により住居等に破損が生じて、その責任は問わないこと。 5 地域包括ケア推進課長が生活保護の受給状況を確認すること（生活保護受給者は無料になります。） 6 地域包括ケア推進課長が要介護認定情報を確認すること。 7 NTTアナログ回線以外を利用の場合、緊急通報装置が正常に利用できない可能性があること。 8 利用料金の未払等により緊急通報装置の返還を命じられた場合、速やかに返還すること。
	令和 年 月 日 申出者氏名 印

※同意欄に記名・押印のない場合は、緊急通報装置を利用できません。

利用者①以外で、75歳以上または重度身体障害者の利用者を記入

利用者②	フリガナ 氏名		続柄	生年月日	性別
	健康状態	良好・普通・やや弱い・弱い	主な病名	明・大・昭・平 年 月 日	男・女
	治療を受けている医療機関	病院（医院） 通院回数 月 回			
	サービスを受けている 介護保険等事業所名	連絡先（ ）	身体障害者手帳等級	種 級	
	要介護認定	要支援____・要介護____	障害名		
利用者③	フリガナ 氏名		続柄	生年月日	性別
	健康状態	良好・普通・やや弱い・弱い	主な病名	明・大・昭・平 年 月 日	男・女
	治療を受けている医療機関	病院（医院） 通院回数 月 回			
	サービスを受けている 介護保険等事業所名	連絡先（ ）	身体障害者手帳等級	種 級	
	要介護認定	要支援____・要介護____	障害名		

< 緊急時連絡先 >

緊急時に駆けつけていただく方を記入

協力者欄	協力者①	氏名（フリガナ）	続柄	電話番号	（ ）	合鍵 有無
				住所	〒	有・無
	協力者②	氏名（フリガナ）	続柄	電話番号	（ ）	合鍵 有無
				住所	〒	有・無
	協力者③	氏名（フリガナ）	続柄	電話番号	（ ）	合鍵 有無
				住所	〒	有・無

緊急時に連絡する親族を記入

代表者欄	氏名（フリガナ）	続柄	電話番号	（ ）
			住所	〒

協力者及び親族代表者以外で緊急時に連絡する方を記入

その他連絡先欄	連絡先①	氏名（フリガナ）	続柄	電話番号	（ ）	合鍵 有無
				住所	〒	有・無
	連絡先②	氏名（フリガナ）	続柄	電話番号	（ ）	合鍵 有無
				住所	〒	有・無