

〇〇3年 9月16日

長野市長 宛

- ・申出者は、利用者本人または親族代表欄に記載の親族（扶養義務者）となります。
- ・申出者へ利用料金の通知書をお送りします。

〒380-8517
 申出者 住所 長野市大字鶴賀緑町1613
 フリガナ ナガノ タロウ
 氏名 長野 太郎
 連絡先 026(224)8929
 080-0000-0000

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	<input checked="" type="radio"/> 1 独居	<input type="radio"/> 2 75歳以上の世帯		
	<input type="radio"/> 3 日中独居（障害者のみ）	<input type="radio"/> 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	フリガナ 氏名	ナガノ ハナコ ----- 長野 花子	生年 月日	明治・大正 19年 8月21日 <input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 (77歳)
	住所	〒380-0001 長野市大字上ヶ屋2471		
	電話番号	026(224)5126	電話 回線	<input checked="" type="radio"/> 1 NTTアナログ <input type="radio"/> 2 その他()
	健康状態	<input type="radio"/> 1 良好	<input checked="" type="radio"/> 2 普通	<input type="radio"/> 3 やや弱い <input type="radio"/> 4 弱い
	治療を受けている医療機関	長野中央 病院（医院） 通院回数 月 1 回 主な病名 高血圧		
緊急時に救急隊員や病院に伝えたい病気を記入してください。	受けている介護保険等事業所名	ふれあい介護サービスセンター 担当者 永野		
	要介護認定	要支援 ____ ・ 要介護 <u>1</u>	連絡先	介護保険サービスを利用している場合は、利用している事業所を記入してください。
	身体障害者手帳等級	種 級	障害名	

その他の回線の場合、設置できない場合がありますので、申出前にご確認ください。

緊急時に救急隊員や病院に伝えたい病気を記入してください。

介護保険サービスを利用している場合は、利用している事業所を記入してください。

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る	地区の民生委員の確認が必要です。
	民生委員氏名	民生 二郎
	避難行動要支援者台帳への登録の有無	<input checked="" type="radio"/> 1 有 <input type="radio"/> 2 無 <input type="radio"/> 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。
	<ol style="list-style-type: none"> 1 申出書に記載された個人情報を、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も、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 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、緊急通報装置が利用できない場合、緊急通報装置の返還を命じられた場合、返還すること 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、返還すること
	同意事項をよくお読みの上、申出者の署名をお願いします。
	〇〇3年 9月16日 申出者氏名 長野 太郎

※同意欄に記名のない場合は、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
	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
	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
	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
	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	携帯電話等、日中・夜間連絡が 取れる連絡先をご記入ください。

< 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	026（226）0000 090-0000-0000	合鍵 有無
		シンシュウ イチロウ 信州 一郎	隣人	住所	〒381-0075 長野市北郷2054	有 無
	協力者②	氏名（フリガナ）	続柄	電話番号	026（239）0000	合鍵 有無
		ナカノ ジロウ 中野 二郎	隣人	住所	71	有・ 無
	協力者③	氏名（フリガナ）	続柄	電話番号		合鍵 有無
						有・ 無

緊急時に、状況を確認していただくための協力者は、利用者の近所の方を必ず1名以上お願いします（できるだけ複数）。
なお、緊急時は①から順番に連絡を差し上げます。

緊急時に連絡する親族を記入

親代表者欄	氏名（フリガナ）	続柄	電話番号	026（224）8929
	ナガノ タロウ 長野 太郎	長男	住所	〒380-8517 長野市大字穂智緑町1613
	申出者が親族（扶養義務者）の場合は、その申出者を記入。			

協力者及び親族代表者以外で緊急時に連絡する

その他連絡先欄	連絡先①	氏名（フリガナ）	続柄	電話番号	026（226）4911	合鍵 有無
		マツモト マキコ 松本 麻紀子	長女	住所	〒380-0835 長野市新田町1485-1	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

市内・市外に関わらず、親族等の連絡先がある場合は、記入してください。