

長野市緊急通報装置設置申出書

年 月 日

長野市長 宛

〒

申出者 住 所
フリガナ
氏 名
連絡先 ()

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		2 75歳以上の世帯	
	3 日中独居（障害者のみ）		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		生年	明治・大正 年 月 日
	氏 名		月 日	昭和・平成 (歳)
	住 所	〒		
	電話番号	()		
	回線区分	固定電話回線	電話回線	1. メタルIP電話（旧NTTアナログ）
		携帯電話回線 ※固定電話回線をお持ちでない方等に限る		
	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 _____		
	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（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 メタルIP電話（旧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、すみやかに返還すること。
	年 月 日 申出者氏名 _____

※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	
					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	主な病名		担当		
		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	
					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	主な病名		担当		
		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 親 表 者 欄 族	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