

甲良町緊急通報システム利用申請書

令和 年 月 日

甲良町長 様

| | | |
|-----|---------|--|
| 申請者 | 住所 | |
| | 氏名 | |
| | 利用者との関係 | |

甲良町緊急通報システムを利用したいので申請します。

利用者

| | | | | | | |
|------|----------|------|----------|-----|-----|---|
| フリガナ | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 | | 電話番号 | 0749 () | | | |
| 住所 | 犬上郡甲良町大字 | | 性別 | 男・女 | 血液型 | |

申請理由

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

緊急連絡先

| | | | | | | | |
|---|------|--|---------|----------|---|---|---|
| 1 | フリガナ | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | 電話番号 | | | | |
| | 住所 | | 利用者との関係 | | | | |
| | 電話番号 | | 電話番号 | | | | |
| 2 | フリガナ | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | 電話番号 | | | | |
| | 住所 | | 利用者との関係 | | | | |
| | 電話番号 | | 電話番号 | | | | |

協力員情報 (利用者の近隣の方で3人を記入してください)

| | | | | | | | |
|---|------|-----|---------|----------|----------|-----|---|
| 1 | フリガナ | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | 電話番号 | 0749 () | 性別 | 男・女 | |
| | 住所 | 甲良町 | 利用者との関係 | | 利用者宅の鍵預り | 有・無 | |
| 2 | フリガナ | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | 電話番号 | 0749 () | 性別 | 男・女 | |
| | 住所 | 甲良町 | 利用者との関係 | | 利用者宅の鍵預り | 有・無 | |
| 3 | フリガナ | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | 電話番号 | 0749 () | 性別 | 男・女 | |
| | 住所 | 甲良町 | 利用者との関係 | | 利用者宅の鍵預り | 有・無 | |

同居人情報

| | | | | | | | |
|---|------|--|---------|----------|---|---|---|
| 1 | フリガナ | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | 利用者との関係 | | | | |
| 2 | フリガナ | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | 利用者との関係 | | | | |
| 3 | フリガナ | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | 利用者との関係 | | | | |

本人の現況

| | | | | |
|---------|--|-------|---|-----|
| 身体障害者手帳 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 等級 | 級 | 障害名 |
| 要介護認定 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 介護度 | | |
| その他 | | | | |
| 言語障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 会話 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可 | 〔特記：〕 | | |
| 聴力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 〔特記：〕 | | |
| 視力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 〔特記：〕 | | |
| 歩行 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖で自立 <input type="checkbox"/> 歩行器で自立 <input type="checkbox"/> つたい歩き自立 <input type="checkbox"/> 車椅子で自立 <input type="checkbox"/> 介助必要 <input type="checkbox"/> 不可能 〔特記：〕 | | | |
| 電話の対応 | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない〔特記：〕 | | | |
| FAXの対応 | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない FAXの有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし〔特記：〕 | | | |

疾病・医療情報

| | | | |
|-------|--|------|--|
| 医療機関名 | | 主治医名 | |
| 主な病名 | | 電話番号 | |
| 医療機関名 | | 主治医名 | |
| 主な病名 | | 電話番号 | |
| 医療機関名 | | 主治医名 | |
| 主な病名 | | 電話番号 | |

住居管理

| | | | | | |
|---|------|--|----|--------------|--|
| <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 | | <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅（階） | | 自室の有無 有（階）・無 | |
| 借家の場合 | 管理者名 | | 電話 | | |
| | 住所 | | 関係 | | |
| 上記の者は、緊急通報システムの利用を必要と認めます。 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | |
| 民生委員 | | | | | |

本事業を実施するため申請書記載の内容を、本事業の委託先およびその他の関係機関（者）に提示することに同意します。

本人氏名 _____