

坂井市長 様

申請者 住所

氏名

電話

坂井市緊急通報装置貸与申請書

下記のとおり申請します。

ふりがな			生年 月 日	大正 昭和 年 月 日 (歳)	
氏 名					
住 所	〒		電話		
機器の種類	1 固定電話接続機器 2 S I M搭載機器				
かかりつけ 医療機関	名称			主治医	
	住所			電話	
身体状況	身体障害者手帳 無・有（ 種 級／障害名 ）				
介護保険	要介護認定 無・有（ 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ）				
	サービスの利用 無・有（ ）				
	居宅介護支援事業所			ケアマネジャー	
連絡事項	[同居家族の有無] 無 ・ 有				
	[警備会社での合鍵保管] 可 ・ 不可 ・ その他				
	[設置の日程調整連絡先] 氏名： 希望： 電話番号：				

緊急通報装置を利用するに当たり、下記事項に同意します。

- 1 個人情報について、個人情報の保護に関する法律に基づき関係機関に提供・共用すること。
- 2 課税状況等について、市において調査すること。
- 3 自身の故意または過失により緊急通報装置を破損または紛失したときは、損害相当額を賠償すること。
- 4 緊急時に協力者、関係機関の立入りを認め、住宅等の一部に破損が生じても損害賠償を求めないこと。
- 5 緊急通報装置貸与の対象者要件に該当しなくなったときには、速やかに市に連絡すること。
- 6 緊急連絡先等に変更があったときは、市に連絡すること。

氏名 (※)

(※) 本人が手書きしない場合は記名押印してください。

※ペットを飼っている方は、連絡事項にご記入ください。

※他に世帯員がいる場合、課税状況確認のため、世帯全員の同意書 または、世帯全員の所得証明書を添付してください。

市記入欄	☐ 市民税 [課税世帯・非課税世帯] ・ ☐ ひとり暮らし
------	---

(裏面)

連絡先登録票

利用者氏名		住所	坂井市
-------	--	----	-----

○協力員連絡先

(※) 本人が手書きしない場合は記名押印してください。

協力員 連絡 順位	1	ふりがな		電話		
		氏名	(※)			
		住所				利用者 との関係
	2	ふりがな		電話		
		氏名	(※)			
		住所				利用者 との関係
	3	ふりがな		電話		
		氏名	(※)			
		住所				利用者 との関係

○緊急連絡先

緊急 連絡 順位	1	ふりがな		電話		
		氏名				
		住所				利用者 との関係
	2	ふりがな		電話		
		氏名				
		住所				利用者 との関係
上記の者は、緊急連絡先として登録することに同意していますか ☐ はい ☐ いいえ						

※協力員連絡先…緊急通報時、警備員の出動とともに状況確認依頼の連絡があります。できるだけ近隣に住んでいる方をお願いします。夜間に連絡が入る場合もありますのでご了承ください。(緊急連絡先において安否確認が取れた場合には状況確認の依頼はありません)

協力員となる方には、必ず署名または記名押印をもらってください。

※緊急連絡先…利用者の状況について確認の連絡が入ります。また、緊急搬送時等に、搬送先病院や状況等を連絡します。

※協力員連絡先と緊急連絡先は同一の方でも構いません