様式第１号（第４条関係）

受付番号

機械番号

通話録音装置利用申請書

　　　年　　　月　　　日

坂 井 市 長　池田　禎孝　様

申請者（貸与対象者）住　所

ふりがな

氏　名

生年月日

電話番号

次のとおり通話録音装置の利用を申請します。

* 1. 貸与対象者と同居する家族（同居する家族がいない場合は、記入する必要はありません）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 続柄 | 年　齢 | 勤務等の状況 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 1. 貸与対象者の近況を確認できる者の連絡先

（上記①の記入がない場合は、記入してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 住　所 | 電話番号 | 貸与対象者との関係 |
|  | 〒 |  |  |
|  | 〒 |  |  |

※裏面も記入してください。

③同居又は別居している家族の意見

|  |
| --- |
| （申請理由、貸与対象者の状況をチェックしてください。）  □ 高齢者・障がい者のみの世帯であるため  □ 日中、高齢者・障がい者のみになるため  □ 騙されたことがあるため  □ 悪質業者からの電話が多いため  □ その他 |

④介護保険サービス等の担当者の意見

（貸与対象者が介護保険サービス等を利用している場合は、当該サービスの担当者に記入してもらってください。）

|  |  |
| --- | --- |
| （認知症の有無、聴力の程度等、貸与対象者の状況をチェックしてください。）   * 認知症の症状がある　　□ 聴力に問題がある　　□ 日中高齢者・障がい者のみになる * 騙されたことがある　　□ 高齢者・障がい者のみの世帯である * その他 | |
| 見守り担当者 | 名称 |
| □地域包括支援センター　　□ヘルパー　　　□警察  □ケアマネージャー　　　　□民生委員　　　□その他 |  |

|  |
| --- |
| （誓約欄）  　通話録音装置の利用に当たっては、坂井市通話録音装置貸与事業実施要綱の規定を遵守することを誓約します。  　また、市長から公益上の理由により録音データの提供の依頼があったときは、当該録音データの提供に協力します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（貸与対象者） |