

緊急通報システム利用申請書

別海町高齢者等緊急通報システム運営事業実施要綱に基づく通報システムを利用したいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、この事業の実施上必要な場合は、申請書に記載した私の個人情報を提供することについて異議はありません。

また、緊急時に協力員等が敷地内及び住居内に立ち入ることについて同意するとともに、その際、必要かつやむを得ない行為により私の受けた損害については、私の責任において対処することに異議のないことを誓約します。

		年		月		日	
申請者	住 所			電 話			
	ふりがな 氏 名			性 別	男 ・ 女		
	生年月日			血液型			
生 活 状 況		ひとり暮らし ・ その他 ()					
障がい者手帳又は介護 保険制度認定状況等		有 ・ 無 (有の場合、その内容と認定月日等を記載)					
かかりつけの 医 療 機 関	1	病医院名			所在地		
		受診科目			電 話		
		疾 病 名			主治医		
	2	病医院名			所在地		
		受診科目			電 話		
		疾 病 名			主治医		
特に注意を要する 疾病及び日常 生活上の注意点					症状の始まった時期		
住 居	持家 、 借家 (間借り 、 一戸建て 、 アパート等 、 その他)				構 造	木 造 非木造	
特記事項	・同居家族(配偶者等)のいる場合は、その方の氏名・生年月日・治療中の病名・かかりつけ医も御記入ください。						

親族等 連絡先	第1 連絡先	氏 名		続 柄	
		住 所		電話	
	第2 連絡先	氏 名		続 柄	
		住 所		電話	

申請者の協力員として、この事業の実施上必要な場合は、下記に記載した個人情報を受信センター及び消防署に提供することに同意します。

協力員 連絡先	第1 連絡先	氏 名	Ⓔ	性別	男・女	年齢	歳	
		住 所		電話				
		申請者との 関係		申請者宅へ 約 分で到着				
	第2 連絡先	氏 名	Ⓔ	性別	男・女	年齢	歳	
		住 所		電話				
		申請者との 関係		申請者宅へ 約 分で到着				
	第3 連絡先	氏 名	Ⓔ	性別	男・女	年齢	歳	
		住 所		電話				
		申請者との 関係		申請者宅へ 約 分で到着				

住宅付近略図に申請者の住宅付近の地図を記載して添付してください。