

高齢者等安心見守り事業受信センター利用申請書

(あて先) 白石市長

申請者 住所
氏名

下記のとおり高齢者等安心見守り事業の受信センターを利用したいので申請します。

(フリガナ)		(フリガナ)		血液型	
利用者氏名		住 所	白石市		型
性 別	男・女	生年月日	大・昭・平・西暦 年 月 日生	満年齢	歳
電話番号	0224- -	携帯電話(ある場合)		救助口	
家屋の状況	持ち家・借家	電話回線	NTT・その他	電話回線利用の警報装置	無・有()
申請する理由(日常生活の状況等できるだけ詳しく記入ください)					

緊急通報協力員予定者(いざというときに実際に駆けつけてくれる方・白石市民に限ります)

* 協力員の出向要請順は、①協力員1②協力員2(協力員1不在時)③協力員3(協力員2不在時)となります。

(フリガナ)		(フリガナ)		利用者との関係	合いカギ
協力員1氏名		住 所	白石市		有・無
電話番号	0224- -	携帯電話(ある場合)		生年月日	年 月 日生
(フリガナ)		(フリガナ)		利用者との関係	合いカギ
協力員2氏名		住 所	白石市		有・無
電話番号	0224- -	携帯電話(ある場合)		生年月日	年 月 日生
(フリガナ)		(フリガナ)		利用者との関係	合いカギ
協力員3氏名		住 所	白石市		有・無
電話番号	0224- -	携帯電話(ある場合)		生年月日	年 月 日生

緊急事態発生時の連絡先(親族等)

(フリガナ)		(フリガナ)		利用者との関係	合いカギ
親族等氏名		住 所			有・無
電話番号	- -	携帯電話(ある場合)		生年月日	年 月 日生
(フリガナ)		(フリガナ)		利用者との関係	合いカギ
親族等氏名		住 所			有・無
電話番号	- -	携帯電話(ある場合)		生年月日	年 月 日生

緊急搬送時の住居管理者

(フリガナ)		(フリガナ)		利用者との関係	合いカギ
管理者氏名		住 所			有・無
電話番号	- -	携帯電話(ある場合)		生年月日	年 月 日生

病気等の状況(現在、通院・治療・服薬中のもの)					
病名	医療機関名	住所	電話番号	主治医名	夜間対応
					有・無
					有・無
					有・無
今までにかかった大きな病気・ケガ(完治したもの)		病名	かかった時期	年ごろ	
		病名	かかった時期	年ごろ	

介護サービス(訪問介護・デイサービス等)等の利用状況					
要介護度(認定を受けた場合)		担当ケアマネジャー		(事業者名) (担当者名)	
利用サービス名		事業者名		利用曜日・時間帯	曜日 時～
利用サービス名		事業者名		利用曜日・時間帯	曜日 時～
利用サービス名		事業者名		利用曜日・時間帯	曜日 時～

身体障害者手帳をお持ちの場合		等級(種・級)	番号	交付年月日
障害名			第 号	年 月 日

高齢者等安心見守り事業受信センター利用にかかる同意書

私は、高齢者安心見守りの事業受信センターを利用するにあたり、下記事項について同意します。

記

1. 緊急通報を発生し、受信センターからの態様確認電話に回答しない場合は、緊急通報協力員、関係機関等の住居及び敷地内への立ち入りを認めます。
2. 緊急時に緊急通報協力員、関係機関等が住居内に立ち入る場合は、住居等に破損が生じても修復責任を問いません。
3. 受信センター利用に際し、白石市が定めた1月当たりの利用料を遅滞なく納入いたします。
4. 世帯全員の市税等の納入状況を確認することに同意します。

年 月 日

利用者氏名

* 生活保護受給世帯等については利用料の納入を免除する場合があります。
* 同意事項を遵守いただけない場合には通報端末機器を取り外させていただくことがあります。