

高齢者等安心見守り事業受信センター利用申請書

白石市長 殿

申請者 住所 仙台市〇〇区一丁目1-1 印鑑
氏名 白石 一郎 印

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)	シロイシ タロウ	(フリガナ)	シロイシシオオテマチ	血液型	B 型		
利用者氏名	白石 太郎	住 所	白石市大手町1-1				
性 別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女	生年月日	明・ <input checked="" type="checkbox"/> 大・昭 〇年〇月〇日生	満年齢	〇 歳	救 助 口	(例) 台所(勝手口)
電話番号	0224-〇〇-〇〇〇〇	携帯電話(ある場合)	090-1234-5678	自宅目標物	〇〇製作所隣り		
家屋の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 持ち家・借家	電話回線	<input checked="" type="checkbox"/> NTT・その他	電話回線利用の警報装置	<input checked="" type="checkbox"/> 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) 一人暮らしで市内に家族もなく、健康上の不安があるため。							

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)	カッタ ミネコ	(フリガナ)	シロイシシ〇〇	利用者との関係	合いカギ
協力員1氏名	刈田 峰子	住 所	白石市〇〇1-1	近隣住民	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
電話番号	0224-〇〇-〇〇〇〇	携帯電話(ある場合)	090-1234-5678	生年月日	大・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭 〇年〇月〇日生
(フリガナ)	カタクラ ジロウ	(フリガナ)	シロイシシ〇〇	利用者との関係	合いカギ
協力員2氏名	片倉 二郎	住 所	白石市〇〇10-10	自治会長	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
電話番号	0224-〇〇-〇〇〇〇	携帯電話(ある場合)	080-1234-5678	生年月日	大・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭 〇年〇月〇日生
(フリガナ)	ミヤギ シロコ	(フリガナ)	シロイシシ〇〇	利用者との関係	合いカギ
協力員3氏名	宮城 白子	住 所	白石市〇〇20-20	担当民生委員	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
電話番号	0224-〇〇-〇〇〇〇	携帯電話(ある場合)	なし	生年月日	大・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭 〇年〇月〇日生

緊急事態発生時の連絡先(親族等)					
(フリガナ)	シロイシ イチロウ	(フリガナ)	センダイシ〇〇ク1チョウメ	利用者との関係	合いカギ
親族等氏名	白石 一郎	住 所	仙台市〇〇区一丁目1-1	長男	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無
電話番号	〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	携帯電話(ある場合)	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	生年月日	大・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭 〇年〇月〇日生
(フリガナ)	クロイシ ハナコ	(フリガナ)	トウキョウト〇〇ク1チョウメ	利用者との関係	合いカギ
親族等氏名	黒石 花子	住 所	東京都〇〇区〇〇1丁目10-10	長女	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
電話番号	〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	携帯電話(ある場合)	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	生年月日	大・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭 〇年〇月〇日生

緊急搬送時の住居管理者					
(フリガナ)	シロイシ イチロウ	(フリガナ)	センダイシ〇〇ク1チョウメ	利用者との関係	合いカギ
管理者氏名	白石 一郎	住 所	仙台市〇〇区一丁目1-1	長男	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無
電話番号	〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	携帯電話(ある場合)	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	生年月日	大・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭 〇年〇月〇日生

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
脳梗塞	〇〇総合病院	白石市〇〇1丁目2-2	〇〇-〇〇〇〇	〇〇 〇〇	有・ 無
糖尿病	〇〇病院	白石市〇〇1丁目5-5	〇〇-〇〇〇〇	〇〇 〇〇	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	脳梗塞	かかった時期	昭・ 平 20年ごろ	
	病名		かかった時期	昭・平 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）	支援1	担当ケアマネジャー	（事業所名）地域包括支援センター（担当者名）福祉 花子		
利用サービス名	予防訪問介護	事業所名	白石市社会福祉協議会	利用曜日・時間帯	水・日 曜日 14時～15時
利用サービス名		事業所名		利用曜日・時間帯	曜日 時～
利用サービス名		事業所名		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	低肺機能による呼吸器機能障害	3級1種	第123456号	昭・ 平 10年10月10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。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

利用者氏名 白石 太郎

印鑑

印

*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。