（表面）

様式第１号（第５条関係）

**東松島市高齢者等緊急通報システム貸与申請書**

東松島市長　様

次のとおり緊急通報システムを利用したいので申請します。

なお、本申請にあたり、私の緊急通報システム利用に係る安否確認対応について、下記協力員に説明の上同意いただいております。

　年　　　月　　　日

**【 申請（対象）者及び世帯員 】**

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 東松島市 |
| 電話番号 | ―　　　　　― |
| 申請者に〇 | 世帯員の氏名・生年月日 |
|  |  | 大・昭　　　　　年　　 月　　 日生（　 　歳） |
|  |  | 大・昭　　　　　年　　 月　　 日生（　 　歳） |
|  |  | 大・昭　　　　　年　　 月　　 日生（　 　歳） |

※提出者が当該事業に規定する高齢者世帯の世帯員でない場合は、代理提出者の欄を記入してください。

代理提出者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　―　　　　―

申請（対象）者との続柄（　　　　　　　　　）

**【 希望する機種 】**

□ 固定型通報機　　・　　□ 携帯型通報機器

**【 健康状況及び日常生活の状況 】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者の情報① | 氏名 |  | 疾患名 |  |
| かかりつけの医療機関 | ①　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　―　　　―　　 |
| ②　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　―　　　―　　 |
| 障害者手帳等情報 | □身体（　　級 ）　□療育手帳（ A・B ）　□精神（　　　級 ） |
| 障害名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 介護認定区分 | □なし　　□要支援（ 1・2 ）　　□要介護（　1・2・3・4・5　） |

※緊急通報システムが必要な理由をなるべく具体的に記入して下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者の情報② | 氏名 |  | 疾患名 |  |
| かかりつけの医療機関 | ①　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　―　　　―　　 |
| ②　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　―　　　―　　 |
| 障害者手帳等情報 | □身体（　　級 ）　□療育手帳（ A・B ）　□精神（　　　級 ） |
| 障害名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 介護認定区分 | □なし　　□要支援（ 1・2 ）　　□要介護（　1・2・3・4・5　） |

※緊急通報システムが必要な理由をなるべく具体的に記入して下さい。

（裏面）

■　**緊急通報協力員（予定者）**■

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連絡順位 | ふりがな氏　　名（生年月日） | 住　　所（電話番号） | 申請（対象）者との関係 |
| １ |  |  |  |
| ①携帯番号　　　　―　　　― |
| （　　　年　 月　 日生　　　歳） | ②自宅番号　　　　―　　　― |
| ２ |  |  |  |
| ①携帯番号　　　　―　　　― |
| （　　　年　 月　 日生　　　歳） | ②自宅番号　　　　―　　　― |
| ３ |  |  |  |
| ①携帯番号　　　　―　　　― |
| （　　　年　 月　 日生　　　歳） | ②自宅番号　　　　―　　　― |

※　緊急通報協力員となられる方に、緊急通報システム利用に係る安否確認対応への協力員について説明の上、自署してもらうこと。

（市審査欄）※この欄には記入しないで下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 生活保護受給 | 課税状況（住民税） | 年収入額 | 所得額 |
| 有　・　無 | 非課税　・　課税 | 　　　　　　　　円 | 円 |
| 負担金徴収階層 | 負担額（徴収額） |
| １　 ２ 　３　 ４　 ５ 　６ | 　　　　　　　円 |
| 備考 |