

日出町緊急通報システム登録申請書

年 月 日

日出町長 様

申請者 住所

フリガナ
氏名

続柄

下記により、緊急通報システムの利用を申請します。申請するにあたり、緊急時に必要な範囲において敷地又は住居に立ち入ることに同意します。なお、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、協力員、受信センター及び日出町はその責めを負わないことを承諾します。

主な利用者 同居の利用者の方は裏面に記入して下さい	住所	日出町		行政区	
	フリガナ 氏名			Tel	
	生年月日	年 月 日生まれ		火災報知サービス ※どちらかに○をつけて下さい	1. 必要 2. 不要 (工事費 8,000 円～)
	家族状況	独居・その他(裏面に同居家族を記載)			
身体状況	持病等 ※あてはまるものに○	ア 高血圧症 イ 糖尿病 ウ 心筋梗塞 エ 心不全 オ 狭心症 カ 不整脈 キ 動脈瘤 ^{りゅう} ク 脳梗塞 ケ 脳血栓 コ くも膜下出血 その他 ()			
	病院名	主治医 ()		血液型	
要介護認定	要介護度 ※あてはまるものに○	未申請・自立・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)			
	事業所	Tel	介護専門 支援員		

協力員承諾確認欄 ※10分以内に利用者宅へ到着可能な方を2人(2か所)以上お願いします。

私は上記利用者の緊急時通報先協力員として、通報を受けた時は直ちに状況を確認後、必要な措置を講じることを承諾します。

協力員	関係	住所(地区)	Tel
フリガナ 氏名		日出町	自宅
			携帯
フリガナ 氏名		日出町	自宅
			携帯
フリガナ 氏名		日出町	自宅
			携帯

※裏面も記入してください

(裏面)

同居利用者について(独居の場合は、記入不要です。)

同居利用者	フリガナ 氏名			
	生年月日	年 月 日 生まれ	主利用者との続柄	
身体状況	持病等 あてはまる ものに○	ア 高血圧症 イ 糖尿病 ウ 心筋梗塞 エ 心不全 オ 狭心症 カ 不整脈 キ 動脈瘤 ク 脳梗塞 ケ 脳血栓 コ くも膜下出血 その他 ()		
	病院名	主治医 ()	血液型	
要介護認定	要介護度 あてはまる ものに○	未申請・自立・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)		
	事業所		介護専門 支援員	

利用者以外の同居家族について(該当者のいない場合は、記入不要です。)

氏名	年齢	続柄	勤務先	日中連絡先(携帯等)
フリガナ				
フリガナ				

日頃利用している福祉サービス等があれば、記入してください(デイサービス、ヘルパー等)。

内容	利用日	事業所名
(例) デイサービス	月・水・金	〇〇〇〇〇

協力員以外の連絡先(例えば、町外の子供、親戚等)

連絡先(1)	住所				
	フリガナ 氏名		続柄		TEL 自宅 携帯
連絡先(2)	住所				
	フリガナ 氏名		続柄		TEL 自宅 携帯