

緊急時通報システム整備（貸与）申請書

年 月 日

杉戸町長 あて

緊急時通報システム整備（貸与）について申請します。

なお、通報システムの利用にあたっては、誓約事項を固く守ることを誓います。

対象者 (申請者)	ふりがな 氏名			生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒			
	世帯区分	単身世帯・高齢者世帯・その他 ()			
	固定電話			携帯電話	
	住宅区分	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家・賃貸 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	自宅の鍵	<input type="checkbox"/> 預ける（複製あり・設置工事日までに用意する） <input type="checkbox"/> 預けない			
記入者	(上記と異なる方が記入した場合はご記入ください) ふりがな 続柄 電話番号 氏名				
同居家族	氏名	続柄	生年月日	生活状況等	
			年 月 日 (歳)		
			年 月 日 (歳)		
			年 月 日 (歳)		

<誓約事項>

- 貸与を受けた高齢者緊急時通報システム（以下「通報システム」という。）の使用については、十分な注意をもって管理を行うものとし、通報装置を他に譲渡し、交換し、貸し付け、又は担保に供することはいたしません。
- 通報システムの利用に必要な範囲で業者及び埼玉県東部消防組合等（以下「消防等」という。）の関係機関に対し、事業実施に必要な情報を提供いたします。
- 利用申請書等に記入した内容に変更があった場合は、速やかに町へ届け出ます。
- 転出、入院等により通報装置が不要となった場合は、速やかに町へ届け出ます。
- 通報装置を破損又は紛失したときは、直ちに業者にその状況を報告し、その修繕等に要する費用を負担いたします。
- 緊急時通報システム整備決定通知書により、有償と記載された場合は、利用料金を毎月業者へ支払います。なお、利用料金の支払いを3か月以上怠ったときは、当該事業のサービスを停止することに異議はありません。サービスを停止された場合には、通報装置の撤去費用及び未払い料金についても速やかに支払います。
- 緊急通報を発したときは、必要に応じて業者及び消防等が居宅内に立ち入ることを認めます。なお、その際にやむを得ず住宅の一部に破損が生じても、修復にかかる費用等の責任を問いません。
- 万が一、充電切れや停電、電話回線の不具合等により通報装置が使用できなかった場合についても、町に責任を問いません。
- この誓約事項に記載のあるもののほか必要な事項は、町長の指示に従います。

<緊急連絡先>

①	ふりがな 氏 名		続柄	電話番号	自宅
					携帯
	住 所	〒			
②	ふりがな 氏 名		続柄	電話番号	自宅
					携帯
	住 所	〒			
③	ふりがな 氏 名		続柄	電話番号	自宅
					携帯
	住 所	〒			

<設置時の連絡先> ※機器の設置に関しては委託事業者から連絡します。対応者を選択してください。

<input type="checkbox"/> 対象者（申請者） <input type="checkbox"/> 緊急連絡先① <input type="checkbox"/> 緊急連絡先② <input type="checkbox"/> 緊急連絡先③ <input type="checkbox"/> その他（下記へ記入）					
ふりがな 氏 名		続柄	電話番号	自宅	
				携帯	

<住宅平面図>

※固定電話、モジュラージャック、コンセントの位置が分かるように記入してください。

※「緊急時に破壊して進入してもよい窓・ドア等」の記載もお願いします。特に指定がない場合は「救急隊の判断」になります。

<身体状況・医療情報>

年 月 日現在

区分：対象者（申請者）

同居家族（65歳以上）

ふりがな 氏名		電話番号（携帯優先）
介護度	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 要介護度（要支援1・2 要介護1・2・3・4・5）	血液型
居宅介護支援事業所	事業所名：	担当者名：

○主な病気など（当てはまるものに○をつけるか、病名をご記入ください。）

分類	具体的な病名	服薬・治療状況
①心疾患	狭心症・心筋梗塞・不整脈・心不全 その他（ ）	<input type="checkbox"/> 服薬あり <input type="checkbox"/> ペースメーカー
②脳血管疾患	脳梗塞・脳出血・脳動脈瘤 その他（ ）	<input type="checkbox"/> 服薬あり <input type="checkbox"/> 麻痺あり
③その他	高血圧・糖尿病・喘息・てんかん その他（ ）	<input type="checkbox"/> 服薬あり <input type="checkbox"/> 在宅酸素・透析

○かかりつけ医療機関名（救急搬送受け入れ可能な病院を優先し、2か所までご記入ください。）

医療機関名	受診科 / 主治医
①	
②	

○日常生活の状況

障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（身体・療育・精神 級）
電話対応	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 電話に出るまで時間が掛かる <input type="checkbox"/> できない（理由： ）
聴力	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる <input type="checkbox"/> あまり聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用（右・左） <input type="checkbox"/> その他（ ）
歩行等	歩行状態： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 寝たきり（歩行不可） 使用器具： <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他（ ）
本事業の仕組み 機器操作の理解度	<input type="checkbox"/> 十分理解できる <input type="checkbox"/> 概ね理解できる <input type="checkbox"/> 理解が難しい・不安がある
その他 （特記事項等）	

《町記入欄》※この欄には記入しないでください。

【訪問調査・特記事項】（訪問日： 年 月 日 担当： ）

申請内容と相違なし

以下の点について補足あり

（ ）

【決定区分】 1 無償（回線あり・回線なし）

2 無償（回線あり・回線なし）

3 有償（回線あり）

4 有償（回線なし）