

鹿児島市長 殿

申請者住所 鹿児島市 _____

氏名 _____

(利用者との関係)

鹿児島市ひとり暮らし高齢者等安心通報システム利用申請書

鹿児島市ひとり暮らし高齢者等安心通報システム設置事業実施要綱第5条の規定に基づき、ひとり暮らし高齢者等安心通報システムの利用を申請します。

利	ふりがな 氏名	生年月日		年 月 日 (歳)		
		性別	男 ・ 女	電話番号	—	
用	住所	鹿児島市	丁目	番 号	方書 _____	
			町	番地	_____	
者	建物の 状 況	1 建物の構造 (木造 ・ 鉄筋 _____階建) 2 建物の種類 (一戸建 ・ アパート、マンション ・ 公営住宅 ・ その他)				
	身体障害者手帳番号	県第	号	年 月 日交付		
	障害名				障 害 等 級	級
機 器 に つ い て	※希望する緊急通報装置を選んでください。					
	固定型	・ 固定電話の回線が必要になります。 (固定電話がない生活保護世帯及び市町村民税非課税世帯の方には、固定電話の回線を貸与します。)				
	携帯型	・ 自宅内での使用になり、外への持出しはできません。 ・ 電波状況によって一部利用できない地域があります。 ・ 固定電話回線を必要としませんが、固定型のセンサーによる自動通報の機能を利用することができません。				
関 健 す 康 る に 事	健康保険	国民健康保険 ・ 社会保険 ・ その他 ()			血液型	型
	現在 受診して いる病院	病院名			所在地	
		病名・症状			電話	—
		病院名			所在地	
		病名・症状			電話	—
身 体 状 況	聴 力	普通 ・ 少し不自由 ・ 不自由 (補聴器 有 ・ 無)				
	視 力	普通 ・ 少し不自由 ・ 不自由				
	言 葉	普通 ・ 少し不自由 ・ 不自由				
	歩 行	普通 ・ 少し不自由 ・ 不自由 (車いす ・ 歩行器 ・ 補装具)				

設置を必要とする状況等					
要介護認定の結果等		認定を受けていない・自立 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
認知症の状況		なし : あり 症状:			
関係事業所				担当がマネージャー	
		連絡先			
世帯の状況	氏名	性別	続柄	生年月日	備考
			本人		
		男・女		年 月 日	
		男・女		年 月 日	

緊急事態発生の場合は、下記の親族等に連絡をお願いします。

ふりがな			生年月日	年 月 日 (歳)	
	氏名		利用者との関係		
住所			電話番号	自宅	() -
				携帯	() -
ふりがな			生年月日	年 月 日 (歳)	
	氏名		利用者との関係		
住所			電話番号	自宅	() -
				携帯	() -

同 意 書

ひとり暮らし高齢者等安心通報システムを利用するにあたり、下記の事項に同意します。

- 1 住宅の鍵を委託先事業者に預けます。
- 2 緊急通報を発し、事業者からの様態確認電話に応答しない場合は、委託先警備員、関係機関等が預けた鍵を使用して、住宅内に立ち入ることを認めます。
- 3 緊急時に委託先警備員、関係機関等が住宅内に立ち入る場合は、住宅等の一部に破損が生じても修復責任を問いません。
- 4 利用負担額の決定において、市民税課税資料及び生活保護受給資料の閲覧に同意します。
- 5 費用の負担が発生する場合には、委託先事業者への支払いを怠りません。

年 月 日

(利用者) 住 所 鹿児島市 _____

氏 名 _____ (署名又は記名押印)