

□ = □ □ □ □

尼崎市在宅高齢者等あんしん通報システム事業利用申請書

年 月 日

尼崎市 長 あて

見本

次のとおり在宅高齢者等あんしん通報システムの利用を申請します。

※太枠内のみご記入ください
※緊急連絡先については駆け付けの対応ができる近隣者を記載してください。

※届出人確認資料必須

※電話番号が複数ある場合は、連絡を取りやすいものからご記入ください

| | | | | |
|---|------|-------------------|---------|---|
| 届出人 | ふりがな | | 利用者との続柄 | <input type="checkbox"/> 本人 ※本人の場合は左欄記載不要 |
| | 氏名 | 利用申請時は社会福祉協議会本部及び | | <input type="checkbox"/> 親族：子・孫・甥・姪 |
| | 住所 | 各地区支部で配布している | | その他 () |
| | 電話番号 | A3用紙(緑色)の申請用紙を | | <input type="checkbox"/> ケアマネジャー |
| (届出人が本人以外の場合、 <input checked="" type="checkbox"/> チェック記入) | | | 事業所名： | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 利用同意書兼承諾書の内容等について、本人に十分に説明し、本人の同意・承諾を得ました。 | | | 担当名： | |

| | | | | |
|-----|------|----------------|------|-------|
| 利用者 | ふりがな | 利用できません) | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏名 | | 年齢 | (歳) |
| | 住所 | 〒 尼崎市 | | |
| | 電話番号 | 0 6 - - (携帯電話) | | |

| | | | | |
|--------|--|--|----------|--------|
| 状況・状態等 | 該当する要件の番号を○で囲んでください。 | | | |
| | 1 65歳以上の高齢者単身世帯 2 65歳以上の高齢者及び障害者(身体障害者手帳1・2級又は療育手帳Aを所持する障害者)のみの世帯 3 65歳以上の虚弱な高齢者のみの世帯 4 身体障害者手帳1・2級を所持する65歳未満の障害者単身世帯 5 身体障害者手帳1・2級又は療育手帳Aを所持する65歳未満の障害者複数世帯 | | | |
| | 病歴・障害等を詳しく | | 手帳番号 第 号 | 障害等級 級 |

| | | |
|------|---|--------------------------------|
| 使用機器 | 使用をご希望される機器に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 (固定電話回線を持たない方のみ携帯電話型を申込できます。) | <input type="checkbox"/> 固定電話型 |
| | | <input type="checkbox"/> 携帯電話型 |

| | | | | |
|---------|--------|---------|-------|----|
| (同居世帯外) | 氏名 | 利用者との続柄 | 生年月日 | 年齢 |
| | (ふりがな) | | 年 月 日 | 歳 |
| | (ふりがな) | | 年 月 日 | 歳 |

| | | | |
|--------|------|-------|---------|
| 緊急連絡先① | ふりがな | 電話番号 | 利用者との続柄 |
| | 氏名 | ① - - | |
| | 住所 | ② - - | |

| | | | |
|--------|------|-------|---------|
| 緊急連絡先② | ふりがな | 電話番号 | 利用者との続柄 |
| | 氏名 | ① - - | |
| | 住所 | ② - - | |

(チェック記入) 当該事業の対象外である起き上がり介助等の介助要請時は緊急連絡先に対応を依頼することや救急搬送時に連絡があることを上記緊急連絡先の方に説明・了承を得ている。
(機器の設置等についての連絡先)

| | | | |
|--|------|------|---------|
| <input checked="" type="checkbox"/> チェック記入 | ふりがな | 電話番号 | 利用者との続柄 |
| <input type="checkbox"/> 利用者へ | 氏名 | - - | |
| <input type="checkbox"/> 右記へ | | | |

| | | | | |
|---------|--------------|----------|-------------|-------|
| (行政記入欄) | 令和 年 月 日 | 利用を承認・却下 | 階層区分 A・B・C | 届出人確認 |
| | 課長 係長 係 | します。 | 利用料 円 | |
| | | 却下理由 | 利用開始日 年 月 日 | |
| | 被保険者番号 1 0 0 | 個人番号 | - - | |