

名取市高齢者等緊急通報システム利用申請書

令和 ×年 ××月 ××日

名取市長 あて

申請者 住所 名取市 増田字柳田 80 番地

フリガナ 氏名 (※) ナトリ シロウ 名取 市郎

電話 (自宅) ××× - ××× - ×××

(携帯) ××× - ××× - ×××

生年月日 大・昭 ×× 年 ××月 ××日

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。

【世帯の状況】※

- (1) おおむね 65 歳以上のひとりぐらしの高齢者
- ☒ (2) 要介護認定を受けた方がいる 65 歳以上の高齢者のみの世帯
- (3) その他

【申請者以外の世帯員】

| 世帯員  | フリガナ<br>氏名       | 生年月日                      | 電話 (携帯)         |
|------|------------------|---------------------------|-----------------|
| 世帯員① | ナトリ ハナコ<br>名取 花子 | 大・昭 ×年 ××月 ××日<br>( ×× 歳) | ××× - ××× - ××× |
| 世帯員② |                  | 大・昭 年 月 日<br>( 歳)         | — —             |
| 世帯員③ |                  | 大・昭 年 月 日<br>( 歳)         | — —             |

【希望する機種】

- ☒ 固定型緊急通報機器 [電話回線利用状況: ☒アナログ □光 □その他]
- モバイル型緊急通報機器

【緊急時連絡先】

| 緊急時連絡先                 | 順位    | フリガナ<br>氏名         | 続柄           | 電話番号              | 住所           | 合鍵の<br>有無 |
|------------------------|-------|--------------------|--------------|-------------------|--------------|-----------|
|                        | 1     | ナトリ タロウ<br>名取 太郎   | 長男           | ①××× - ×××        | 名取市増田×丁目×番×号 | 有・無       |
|                        |       |                    |              | ②                 |              |           |
|                        | 2     | センダイ カズコ<br>仙台 一子  | 長女           | ①××× - ×××        | 仙台市××区□□×-×  | 有・無       |
|                        |       |                    |              | ②××× - ×××        |              |           |
|                        | 3     | トウキョウ マツコ<br>東京 松子 | 姪            | ①××× - ×××        | 東京都××区□□□×-× | 有・無       |
|                        |       |                    |              | ②××× - ×××        |              |           |
| 住宅の<br>所有者             | 名取 市郎 |                    | ①            |                   | 有・無          |           |
|                        |       |                    | ②            |                   |              |           |
| 委託先での合鍵管理              |       |                    | 希望する ・ 希望しない |                   |              |           |
| 担当民生委員確認欄<br>(民生委員記入欄) |       |                    | 氏名           | 民生委員に記入を依頼してください。 |              |           |

※世帯の状況が (1) に該当する方は、原則お住まいの地区の民生委員の署名が必要となります。

【健康状況等】

|          |                                                     |          |       |             |                                                                                                                        |  |
|----------|-----------------------------------------------------|----------|-------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 申請者      | 氏名                                                  | 名取 市郎    |       | 要介護認定<br>区分 | <input checked="" type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 要支援（１・２）<br><input type="checkbox"/> 要介護（１・２・３・４・５） |  |
|          | 主な病名<br>(既往歴)                                       | 医療機関名    | 主治医名  | 電話番号        | 通院状況                                                                                                                   |  |
|          | 高血圧                                                 | ×××クリニック | 増田 一郎 | ×××-××××    | 週／月 １回                                                                                                                 |  |
|          | 糖尿病                                                 | ××病院     | 柳田 一郎 | ×××-××××    | 週／月 １回                                                                                                                 |  |
|          | 身体障害者手帳<br>□有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 障害名      |       |             | 交付日<br>等 級                                                                                                             |  |
| 世帯員<br>① | 氏名                                                  | 名取 花子    |       | 要介護認定<br>区分 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 要支援（１・２）<br><input checked="" type="checkbox"/> 要介護（①・２・３・４・５） |  |
|          | 主な病名<br>(既往歴)                                       | 医療機関名    | 主治医名  | 電話番号        | 通院状況                                                                                                                   |  |
|          | 脊柱管狭窄症                                              | ××××病院   | 増田 太郎 | ×××-××××    | 週／月 １回                                                                                                                 |  |
|          | 心不全                                                 | ×××医院    | 柳田 太郎 | ×××-××××    | 週／月 １回                                                                                                                 |  |
|          | 身体障害者手帳<br>□有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 障害名      |       |             | 交付日<br>等 級                                                                                                             |  |
| 世帯員<br>② | 氏名                                                  |          |       | 要介護認定<br>区分 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 要支援（１・２）<br><input type="checkbox"/> 要介護（１・２・３・４・５）            |  |
|          | 主な病名<br>(既往歴)                                       | 医療機関名    | 主治医名  | 電話番号        | 通院状況                                                                                                                   |  |
|          |                                                     |          |       |             | 週／月 回                                                                                                                  |  |
|          |                                                     |          |       |             | 週／月 回                                                                                                                  |  |
|          | 身体障害者手帳<br>□有 □無                                    | 障害名      |       |             | 交付日<br>等 級                                                                                                             |  |
| 世帯員<br>③ | 氏名                                                  |          |       | 要介護認定<br>区分 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 要支援（１・２）<br><input type="checkbox"/> 要介護（１・２・３・４・５）            |  |
|          | 主な病名<br>(既往歴)                                       | 医療機関名    | 主治医名  | 電話番号        | 通院状況                                                                                                                   |  |
|          |                                                     |          |       |             | 週／月 回                                                                                                                  |  |
|          |                                                     |          |       |             | 週／月 回                                                                                                                  |  |
|          | 身体障害者手帳<br>□有 □無                                    | 障害名      |       |             | 交付日<br>等 級                                                                                                             |  |

【備考】

|                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|
| <p>日常生活における特記事項等あればご記入ください。</p> <p>申請者は難聴のため、緊急通報機器を通じて会話をすることが難しい。</p> |
|-------------------------------------------------------------------------|

# 名取市高齢者等緊急通報システム利用確約書

令和 ×年 ××月 ××日

名取市長 あて

申請者 住所 名取市.....増田字柳田 8 0 .....

氏名 (※).....名取 市郎 .....

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

緊急通報システムを利用するにあたり、下記事項を確約いたします。

- 1 緊急通報を発し、名取市が緊急通報システムを委託する事業者（以下「委託先」という。）からの容態確認電話に応答しない場合は、委託先の人員や関係機関等の職員が住宅内へ立ち入り、必要な措置を行うことを承諾し、立ち入りの際、住宅等の一部に破損が生じても修復責任を問いません。
- 2 固定型緊急通報機器は、N T Tのアナログ電話回線専用機器として設計されており、N T Tのアナログ電話回線以外の電話回線で使用すると、不具合により通常のサービスが提供されないことを承諾します。  
また、モバイル型緊急通報機器は、自宅の敷地内のみで利用できる機器であり、電源が入っていない場合には使用できないことを承諾します。
- 3 緊急通報機器の設置、撤去、移設等により、住宅内の壁や床等に穴や傷、変色等の痕跡が生じた場合、その賠償責任を問わず、損失補償も求めません。
- 4 貸与を受けた緊急通報機器を、譲渡し、貸付し、又は担保に供する等、正当な目的以外に使用しません。
- 5 自身の故意又は過失により、緊急通報機器を破損、紛失したときは、直ちに市長へ連絡し、損害相当額を賠償します。
- 6 住所、電話番号、緊急時連絡先等が変更となったとき、又は緊急通報機器が不要となったときは、速やかに届出を行います。また、施設入所等、緊急通報システム利用対象要件に該当しなくなったとき、又は市長が緊急通報システムを利用する必要がないと認めたときは、直ちに緊急通報機器を市長に返還します。
- 7 人感センサーは、ペット等の動くものにもセンサーが反応するため、ペット等がいる場合、不動通知がされず救援等が遅れても責任を問いません。

以上