様式第1号

　　　令和　　　年　　月　　日

八千代町長　殿

住所：

氏名：　　　　　　　　　　　　　印

対象者との続柄：

電話：

緊急通報システム設置申請書

　八千代町ひとり暮らし高齢者等緊急通報システム事業実施要項第4条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | | ふりがな | | | | | | | | | 年 月　日生  電話 | | | |
| 氏　名：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女  住　所：八千代町大字 | | | | | | | | |
| 親族等  連絡先 | | 氏名 | | | 続柄 | | 住所 | | | | | 電話 | | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | |
| 医療保険名 | | | | 1　国民健康保険　　2　後期高齢保険　　3　社会保険  4　共済保険　　　　5　日雇健康保険　　6　船員保険  7　退職者保険　　　8　生活保護  9　その他(　　　　　　　　) | | | | | | | | | | |
| 保険証番号 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | | | | 有・無・申請中 | | | | | | 障害の程度 | | 級 | | |
| かかりつけの医療機関 | | | | 名称 | | | | | | 電話 | | 病歴(持病) | | |
|  | | | | | |  | |  | | |
|  | | | | | |  | |  | | |
|  | | | | | |  | |  | | |
|  | | | | | |  | |  | | |
| 血液型 | | | | 型　(RH　　　　　) | | | | | | | | | | |
| 住宅の状況 | １ 住宅地の目標(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| ２ 一戸建て・アパート・その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| ３ 木造・鉄骨・その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| ４ 建物の面積　　　　　　　　　　m2 | | | | | | | | | | | | |
| ５ 寝室の位置(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| ６ 主な光熱器具　　①　プロパン(業者名　　　　　　　　　　　　　　　)  　　　　　　　 　　②　その他　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 近隣協力員 | 通報  順位 | | 氏名 | | | 印 | | 続柄 | 住所 | | | | 電話番号 |
| 1 | |  | | |  | |  |  | | | |  |
| 2 | |  | | |  | |  |  | | | |  |
| 3 | |  | | |  | |  |  | | | |  |
| 4 | |  | | |  | |  |  | | | |  |
| 自宅付近の略図 | | | | | | | | | | | | | |

様式第３号

　　令和　　年　　月　　日

八千代町長　殿

利用者住所　八千代町大字

氏　　　名　　　　　　　　　　　印

緊急通報システム利用承諾書

　私は、八千代町緊急通報システムを利用するにあたり、下記事項について承諾します。

記

　1　緊急通報を発し、その後消防本部からの連絡に応答しない場合は、関係者の住宅内の立ち入りを認めること。

　2　緊急時に救助者が住宅内に立入る際、住宅の一部に破損が生じても賠償責任を問わないこと。