

高齢者及び身体障害者等緊急時支援体制整備事業利用申請書

年 月 日

三宅町長様

申請者 住所
氏名
利用者との続柄

下記により高齢者及び身体障害者等緊急時支援体制整備事業の利用を申請します。

| | | | | | | | | |
|--------|------|-------|----|----|-------|----|--------------------------------------------------|----|
| 利用者 | ふりがな | | | | 男・女 | 装置 | 固定型・携帯型 (携帯型を選択される場合は、 携帯電話番号の登録が必須となります。) | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 住所 | 三宅町大字 | | | 電話番号 | 自宅 | | |
| | | | | | | 携帯 | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 歳 | 血液型 | 型 |
| | 身障手帳 | 種 | 級 | | 要介護認定 | | 要介護 | 期間 |
| 世帯の状況 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 住所 | | | 電話番号 | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | | 住所 | | | 電話番号 | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 協力員連絡先 | 順位 | 協力員氏名 | 性別 | 続柄 | 住所 | | 電話番号 | |
| | 1 | | | | | | | |
| | 2 | | | | | | | |
| | 3 | | | | | | | |

裏面もご記入ください。

(裏)

| かかりつけの医療機関 | |
|------------|--|
| 名 称 | |
| 所 在 地 | |
| 電話番号 | |
| 主治医名 | |

| | |
|-----------|--|
| 疾 病 の 状 況 | |
| 備 考 | |

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|------------|--|
| 介護保険・障害福祉サービス利用有無 | 介護保険サービス 有 障害福祉サービス 有 サービスの利用無し | サービス利用日・内容 | |
| ケアマネージャー 相談支援専門員 | | | |

※固定型緊急通報装置を利用される方は、下記もご記入ください。

| | |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 電 話 回 線 | <input type="checkbox"/> NTT アナログ回線 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 住まいについて | <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸住宅 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 固 定 電 話 の 設 置 場 所 | ※緊急通報装置は固定電話のそばに設置します。 <input type="checkbox"/> リビング <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> その他 |
| 設置・定期点検の 日 程 調 整 先 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 (氏名： 続柄： 電話番号：) |
| 備 考 | |

※原則 NTT アナログ回線をご利用ください。その他の通信回線については、停電時通信回線が不通信になり、固定型緊急通報装置から通報ができなくなります。

| | |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 申 請 理 由 | ①ひとり暮らしの高齢者 ②ひとり暮らしの重度身体障害者 ③同居者のいずれもが通報能力に欠ける高齢者または重度身体障害者 ④その他 具体的に() |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

※申請理由が重度身体障害による場合は、対象者の身体障害者手帳をご持参ください。