

緊急通報装置 設置申請書 (兼 登録変更届)

砺波市長 あて

緊急通報装置を設置されるよう申請します。
併せて、世帯の課税状況を確認すること及び民生委員へ登録情報について提供することに同意します。

自治体名 担当課	砺波市 高齢介護課
-------------	----------------------

申請者氏名	Ⓜ (続柄)	申請日	年 月 日
申請者住所	市区 町村		
家屋所有者 氏名 <small>(法人にあっては名称 及び代表者氏名)</small>	(続柄)	家屋所有者 住所 <small>(法人にあっては 事務所所在地)</small>	市区 町村

フリガナ		装置ID ※記入不要	※
氏名	男・女	血液型	(型)RH +・-
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	年齢	歳
電話番号	①自宅 - - ②携帯 - -		
カナ住所	トヤマケントナシ		
住所	富山県砺波市		
目標・目印			
身体の状態			
病名	医療機関名	診療科名 または主治医名	住所
	夜間対応(有・無)		電話番号 (受付) - - () - -
	夜間対応(有・無)		(受付) - - () - -
	夜間対応(有・無)		(受付) - - () - -
アレルギー	無・有	食物()薬()その他()	
医療器具等の使用	在宅酸素 無・有(L/分) ニログリセリン 無・有(経口・胸貼) その他()		
身体障害者手帳	有(種 級)・無	障害の名称	
居宅介護支援事業所 地域包括支援センター	名称	介護度	要支援()・要介護()
	ケアマネ ージャー	電話番号	- -

電話機の特徴 (該当するものに チェック)	<input type="checkbox"/> 黒電話	<input type="checkbox"/> ひかり電話・IP電話	<input type="checkbox"/> ホームテレホン
	※1 ひかり電話、IP電話の場合、別途取り付け工事費が発生する場合があります。 (設置宅にて負担をお願いします。)		
	※2 次の場合は設置できません。共同電話、公衆電話(ピンク電話等)、ホームセキュリティ ※3 緊急通報装置は家庭用電源(コンセント口)を使用しますので、空きをご用意ください。		

〈緊急連絡先〉 駆けつけ可能な方は「協力員」の、連絡のみの方は「連絡員」の()内に、優先順位を記入。
協力員は、概ね15分以内に駆けつけできる支援者2名以上依頼。連絡員は緊急連絡先親族など。

連協力員 () 1 ()	フリガナ			関 係	近隣ケアネット・民生委員 親族()
	氏 名	男・女		鍵預かり	有・無
	電話番号	①自宅	- -	②携帯	- -
	勤務先 (可能であれば)	勤務先名	電話番号		- -
	駆付時間	分	住 所	市区 町村	
連協力員 () ()	フリガナ			関 係	近隣ケアネット・民生委員 親族()
	氏 名	男・女		鍵預かり	有・無
	電話番号	①自宅	- -	②携帯	- -
	勤務先 (可能であれば)	勤務先名	電話番号		- -
	駆付時間	分	住 所	市区 町村	
連協力員 () ()	フリガナ			関 係	近隣ケアネット・民生委員 親族()
	氏 名	男・女		鍵預かり	有・無
	電話番号	①自宅	- -	②携帯	- -
	勤務先 (可能であれば)	勤務先名	電話番号		- -
	駆付時間	分	住 所	市区 町村	
連協力員 () ()	フリガナ			関 係	近隣ケアネット・民生委員 親族()
	氏 名	男・女		鍵預かり	有・無
	電話番号	①自宅	- -	②携帯	- -
	勤務先 (可能であれば)	勤務先名	電話番号		- -
	駆付時間	分	住 所	市区 町村	
民生委員 連協力員 () ()	フリガナ			関 係	民生委員
	氏 名	男・女		鍵預かり	有・無
	電話番号	①自宅	- -	②携帯	- -
	勤務先 (可能であれば)	勤務先名	電話番号		- -
	駆付時間	分	住 所	砺波市	