様式第1号（第4条関係）

美幌町高齢者等緊急通報装置貸与申請書

　　　年　　　月　　　日

　　美幌町長　様

申請者　住所

氏名

　下記のとおり緊急通報装置の貸与を受けたいので、申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 貸与を必要とする者 | 住所 |  | | | | | | | | 血液型 |
| 氏名 |  | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |  |
| 電話番号 | |  | | | 健康保険 | 国保　 社保 　共済 　生保 | | | |
| 身体の状況 | 目 | | | 耳 | | 言葉 | | | 歩行 | |
| 会話 | | | 意思表示 | | 外出 | | | 階段 | |
| 入浴 | | | 認知 | | 障がい | | | 介護度 | |
| 主な病名 | | | | | かかりつけ医療機関 | | | 担当医 | | |
|  | | | | |  | | |  | | |
|  | | | | |  | | |  | | |
|  | | | | |  | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 協力員 | № | | 氏名 | | 生年月日 | | 続柄 | | | 住所・電話番号 | | | 駆付  時間 |
| １ | |  | |  | |  | | | （　　　）　　－ | | |  |
| ２ | |  | |  | |  | | | （　　　）　　－ | | |  |
| ３ | |  | |  | |  | | | （　　　）　　－ | | |  |
| 貸与機器 | □　装置本体　　　□　ペンダント型スイッチ　　　□　リズム(人感)センサー | | | | | | | | | | | | |
| 家屋  状況 | □　持ち家 | | | | | | | □　借家 | | | | | |
| 家屋  管理者 | | | 住所 | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | 電話番号 | | |
| 親族の状況(同居者以外) | | 氏名 | | | | 生年月日 | | | 続柄 | | | 住所・電話番号 | |
|  | | | |  | | |  | | | （　　　）　　－ | |
|  | | | |  | | |  | | | （　　　）　　－ | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 同居家族  の状況 | | 氏名 | | 生年月日 | | 続柄 | 電話番号 | | 血液型 |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |
| 身体の状況 | 目 | | 耳 | | 言葉 | | | 歩行 | |
| 会話 | | 意思表示 | | 外出 | | | 階段 | |
| 入浴 | | 認知 | | 障がい | | | 介護度 | |
| 主な病名 | | | かかりつけ医療機関 | | | | | 担当医 | |
|  | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | | |  | |

〇安否確認の際、施錠等を破壊した場合の修繕料は利用者負担とし、相手に責任は問わないこととする。

〇この申請内容及び、その他緊急通報装置貸与にあたり必要となる事項は、美幌・津別広域事務組合及び

町が委託する緊急通報受信センターへ提供する。

上記を承諾します。

　　　　　年　　　　月　　　　日

氏名

※こちらは記入しないでください※

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付 |  | 備考 |  |