

地域包括支援センター名	
居宅介護支援事業所名	
担当ケアマネージャー名	

緊急通報装置等利用申請書

年 月 日

福山市長様

福山市緊急通報体制整備事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり緊急通報装置等の利用を申請します。

申請者	住所	福山市 町 丁目			番 号		
	フリガナ				番地		
	名 前				電話番号		
	生年月日	年 月 日 (歳)			固定	() -	
					携帯	() -	
世帯状況	ひとり暮らし・高齢者のみの世帯・その他()						
身体状況	身体障害者手帳：無・有(級 障害名)						
	要介護認定：無・有(要支援 1 2 ・要介護 1 2 3 4 5)						
	その他 ()						
機器 当てはまるものに ○をしてください	1	固定型緊急通報装置及び見守りセンサー					
	2	固定型緊急通報装置					
	3	携帯型緊急通報装置及び見守りセンサー					
	4	携帯型緊急通報装置					
	5	携帯型緊急通報装置(利用者所有携帯電話)及び見守りセンサー			5又は6を選択する場合は機種名を記入		
	6	携帯型緊急通報装置(利用者所有携帯電話)					
協力員(コールセンターから連絡があった際に申請者宅に駆けつけられる人)							
	名前	続柄	住所		電話番号	承諾印(サイン)	
	フリガナ						
	①				-		
	フリガナ						
	②				-		

裏面へ

緊急連絡先（主に親族等を記入してください。）

名前	続柄	住所	電話番号
フリガナ ①			—
フリガナ ②			—

日程調整の連絡先（設置事業者と日程調整を行う人の連絡先を記入してください。）

名前	続柄	住所	電話番号
フリガナ			—

かかりつけの医療機関

名称

同意事項	<p>次の<u>全ての</u>チェック欄にチェックの上、記名・押印してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 世帯の市民税情報を取得すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 市が地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所から生活状況等の情報を取得すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 担当民生委員及び設置事業者に必要な事項を提供すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 救急搬送時に、関係機関に情報を提供すること。</p> <p>以上のことについて同意します。</p> <p style="text-align: center;">申請者 _____ 印</p>
------	---

〈自宅付近の略図〉

※ 次の欄には記入しないでください。

市民税	負担金	確認年月日
課税 ・ 非課税	円	