様式第1号(第4条関係)

ひとりぐらし老人等緊急通報システム利用申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　　七ケ浜町長　殿  申請者　住所  (電話　　　　　　　　)  ふりがな  氏名　　　　　　　　　　印  生年月日　　　年　　月　　日生  (　　歳)  性別　　男・女  　下記のとおり緊急通報システムを利用したいので申請します。 | | | | | | | | | | |
| 状況  身体の | 日常生活の状況 | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | 番号 | | 第　　　　　号 | | 交付年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 障害名 | |  | | | | | | 等級 | 種 |
| 級 |
| 病名 | 医療機関名 | | | 主治医名 | 住所及び電話番号 | | | | | |
|  |  | | |  | 電話 | | | | | |
|  |  | | |  | 電話 | | | | | |
|  |  | | |  | 電話 | | | | | |
| 本人以外  家族 | 氏名 | 続柄 | | 生年月日 | 年齢 | 性別 | | 健康状態 | | |
|  |  | |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  | |  | | |
| 協力員予定者  緊急通報 | 氏名 | 年齢 | | 住所 | | | 電話番号 | | 申請者との続柄 | |
|  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | | |  | |  | |

様式第2号(第4条関係)

ひとりぐらし老人等緊急通報システム利用確約書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　七ケ浜町長　殿  申請者　住所  ふりがな  氏名　　　　　　　　　　印  　緊急通報システムを利用するにあたり、下記事項を確約します。 | | | | | |
| 1　緊急通報を発し、緊急通報受信センターからの様態確認電話に応答しない場合は、緊急通報協力員、関係機関等の住宅内への立入りを認めます。  2　緊急時に緊急通報協力員、関係機関等が住宅内に立ち入る場合は、住宅等の一部に破損が生じても修復責任を問いません。  3　鍵の管理は、下記のとおりです。  　(1)　緊急通報協力員　　　　　　　　　　　　氏に預ける。  　(2)　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  4　緊急事態発生の場合は、下記に連絡願います。 | | | | | |
|  | 氏名 | 住所 | 電話番号 | 申請者との関係 |  |
|  |  |  |  |
| 5　緊急搬送された場合の住居の管理は、下記に依頼しています。 | | | | | |
|  | 氏名 | 住所 | 電話番号 | 申請者との関係 |  |
|  |  |  |  |
| 6　その他 | | | | | |

同　意　書

七ヶ浜町が行う事業の実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシート、その他サービスを提供する上で知り得た個人情報について、高齢者福祉サービス関係者等に、必要最小限の範囲内で個人情報を使用することに同意します。

また、利用者の家族の個人情報についても、利用者の個人情報と同様に、必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

なお、利用者の家族の個人情報の使用については、家族の代表者が他の家族の個人情報の利用・提示についても責任をもって同意します。

　　　年　　　月　　　日

（利用者）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（代理人）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（本人との関係）

（家族代表者）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（本人との続柄）