

## 福崎町緊急通報システム利用申請書

年 月 日

福崎町長様

下記により緊急通報システムの利用を申請します。

なお、この申請にあたり福崎町において税務情報による私の世帯の課税調査をされることを承諾します。

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名			性別	男・女	血液型 型
	電話番号			性別	男・女	血液型 型
	住所	福崎町				
	世帯構成	1. ひとり暮らし世帯 2. 高齢者のみの世帯 3. その他の世帯 (2・3は別途要確認書)				
	同居者	氏名	生年月日	年 月 日	続柄	
		氏名	生年月日	年 月 日	続柄	
生活保護	1. 受けている 2. 受けていない					
申請理由	1. 突発的に生命に危険な症状の発生する持病があるため 2. 病弱なため 3. 歩行等の日常生活動作が不自由な状態にあるため 4. その他 ( )					

## 担当民生委員状況確認欄

- 申請者の身体状況は、当申請書（3頁）のとおりであることを確認しました。
- 申請者の世帯は、現在（ひとり暮らし・高齢者のみ・その他）であることを確認しました。  
※該当する世帯を○で囲んで下さい。

年 月 日

\_\_\_\_\_地区民生委員

住所 福崎町

氏名

電話番号

別紙様式2

近隣協力員

※申請者の状況確認の協力をお願いできる方（ご近所の方）

※必ず3名の登録をお願いします。

関係機関（緊急通報センター等）から依頼を受けた時、協力員として利用者の安否の確認等をすることを承諾します。

協力員①	フリガナ		承諾印	生年月日	年 月 日
	氏名				
	電話番号		申請者との関係		
	携帯番号				
住 所					

協力員②	フリガナ		承諾印	生年月日	年 月 日
	氏名				
	電話番号		申請者との関係		
	携帯番号				
住 所					

協力員③	フリガナ		承諾印	生年月日	年 月 日
	氏名				
	電話番号		申請者との関係		
	携帯番号				
住 所					

申請者が緊急搬送された場合の連絡先

緊急連絡先	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	電話番号		続 柄		
	携帯番号				
住 所					

緊急連絡先	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	電話番号		続 柄		
	携帯番号				
住 所					

別紙様式3

福崎町緊急通報システム利用申請者身体状況届出書

私の現在の身体状況は、次のとおりです。

1 現在の身体状況（該当する項目に○印をつけてください。）

健康状態	1. 心身とも健康 2. 特に病気は無い 3. 持病があり、体力的に弱い 4. 病弱で、よく医者にかかる
聴力	1. 普通に聞こえる 2. あまり聞こえない 3. ほとんど聞こえない
視力	1. 普通に見える 2. あまり見えない 3. ほとんど見えない
言葉	1. 普通に話せる 2. 少し聞き取りにくい 3. ほとんど聞き分けられない 4. ほとんど何も話せない
歩行	1. 普通に歩ける 2. 杖等を使用し自分で歩ける 3. 介助がないと歩けない 4. 全く歩けない
上肢	1. 普通に動く 2. 少し不自由 3. 著しく不自由
身体障害者手帳	・あり ( ) 種 ( ) 級 ( 障害名: ) ・なし
介護認定	・要介護 ( ) ・要支援 ( ) ・なし

2 過去に患った病気（該当する項目に○印をつけてください。）

1. 心臓疾患	2. 脳卒中・脳血栓等	3. 高血圧症	4. 低血圧症
5. ぜんそく	6. 糖尿病	7. リウマチ・神経痛	8. 胃腸病
9. 腎臓病	10. 肝臓病	11. 結核	12. 白内障
13. 骨折	14. その他 ( )	15. 特になし	

3 現在患っている病気（該当する項目に○印をつけてください。）

1. 心臓疾患	2. 脳卒中・脳血栓等	3. 高血圧症	4. 低血圧症
5. ぜんそく	6. 糖尿病	7. リウマチ・神経痛	8. 胃腸病
9. 腎臓病	10. 肝臓病	11. 結核	12. 白内障
13. 骨折	14. その他 ( )	15. 特になし	

4 現在かかっている医療機関

医療機関名	所在地	病名
病院 科	市・町 (電話番号 )	
病院 科	市・町 (電話番号 )	
病院 科	市・町 (電話番号 )	

## 福崎町緊急通報システム利用誓約書

年 月 日

福崎町長様

申請者 住所 福崎町

氏名

緊急通報システムの利用を申請するに当たり、次の事項を固く守ることを誓約します。

1. 私は、設置を受けた緊急通報装置を適切な管理のもとに使用し、これを他人に譲渡し、転貸し、交換し、若しくは担保に供する等他の目的には使用いたしません。
2. 私は、緊急通報装置の設置を受けている間常に3人の近隣協力員を確保いたします。
3. 私は、生計中心者の前年度の所得割額が1万円を超える場合は利用料2万円を負担します。
4. 私は、私の不注意により、設置を受けた緊急通報装置の一部、又は全部を毀損又は滅失したときは、責任をもってこれを賠償いたします。
5. 私は、次のいずれかに該当するときは、速やかに福崎町に申し出ます。
  - ・ 氏名、住所、電話番号を変更したとき。
  - ・ 協力員に変更があったとき。
  - ・ 緊急通報器の利用を辞退するとき。
  - ・ 要綱第3条に規定する利用対象者としての要件に該当しなくなったとき。
6. 私は、私からの緊急通報に伴う救助活動により、私の住居等の一部に破損を生じた場合は、その修復に要する費用は私自身が負担し、福崎町及び近隣協力員の方に責任は問いません。
7. 私は、私自身から緊急通報装置の利用の廃止を申し出た場合のほか、私が次のいずれかに該当することが明らかなきは、福崎町において、私の緊急通報装置の利用を廃止するとともに撤去していただいで結構です。
  - ・ 要綱第3条に規定する利用対象者としての要件に該当しなくなったとき。
  - ・ 不正な行為により、緊急通報装置の設置を受けたとき。
  - ・ この誓約書に違反したとき。
  - ・ 緊急通報装置をみだりに使用することにより、福崎町及び近隣協力員に著しい迷惑をかけたとき。
  - ・ その他、町長が緊急通報装置を利用する必要がないと認めたとき。

申請者の自宅付近の地図



## 福崎町緊急通報システム事業について（同意書）

福崎町長 様

1. 私は、高齢者緊急通報システムの利用申請に基づく利用承認又は町が必要とした場合、住民記録情報・税情報及び介護保険情報等町が保有する個人情報の利用に同意します。  
また、申請書・身体状況調書に記入した事項を町が委託した事業者及び必要に応じて関係機関に提供することに同意します。
2. 私は、福崎町緊急通報システム事業の実施に際し、NTTアナログ電話回線での利用が前提となっており、下記の回線に関する事項について理解し、NTTアナログ電話回線以外の電話回線を利用した場合に発生する不具合について、貴町及び委託事業者、関係機関等に対し、いかなる苦情または損害賠償を申し立てることはいたしません。  
また、回線を変更した場合、速やかに連絡します。

### 回線に関する事項

- ① 設置に関する事項  
緊急通報装置設置時に行う緊急通報システム受信センター（以下、「受信センター」という。）との通信テストに不具合が生じた場合は、緊急通報システム設置を中止します。
- ② 緊急通報システム利用に関する事項  
緊急通報の不達、不通達、通話不能、音声不良等の不具合、停電時等または回線メンテナンス時の通報の不発等により、通常のサービスを提供できない場合があります。
- ③ 既設通信装置に関する事項  
インターネットの通信速度が低下したり、電話音声に雑音が入る可能性があります。
- ④ 停電時や通信会社の工事等で通信できない場合があります。

年 月 日

申請者

住所 福崎町

氏名