

緊急通報装置利用申請書

年 月 日

大和郡山市長 様

申請者 住 所 大和郡山市北郡山町×番地
 氏 名 郡山 花子
 電 話 ○○-○○○○
 対象者との続柄 長女

本人もしくは家族の住所・氏名・電話番号・続柄を記入してください

個人番号	緊急通報装置を利用したいので、次のとおり申請します。			
対 象 者	ふりがな	こりやま たろう		
	氏 名	郡山 太郎		
	生年月日	S6年1月1日		
	住 所	大和郡山市 北郡山町△番地		
申請理由	住 宅	1階建 2階建・集合住宅（ 階）		
	電話番号	F A X	携帯電話	
医療保険番号	1234567			
主 治 医	主な病名	血 液 型	A 型 (RH <input checked="" type="checkbox"/> -)	
	障害部位	身障手帳	種 級	
心 身 の 状 況	①	●●病院 ■医師	電話番号 ●●●●(●●)●●●●	
	②		()	
	外 出	普通	一部介助	困難
	歩 行	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	歩行器、杖が必要	介助が必要
	階段昇降	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	一部介助	困難
	入 浴	普通	一部介助	困難
	視 力	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	弱視	全盲
	聴 力	普通	<input checked="" type="checkbox"/> やや難聴	難聴
同 居 者	言 語	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	やや不自由	不自由
	記 憶 力	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	やや悪い	悪い
貸与機器	氏 名	年 齢	続 柄	
	身 体 の 状 況			
1. 電話回線を利用した緊急通報装置 2. 電話回線を利用しない緊急通報装置 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 安否確認センサー				

疾病・障害のある方はご記入ください

かかりつけの医院をご記入ください

それぞれの項目の当てはまる状況に○をつけてください

同居所に住んでいる方を記入ください

安否確認センサーに○

介護保険・障害福祉サービス利用有無	有・無	サービス利用日・内容	(月)(水)訪問介護
ケアマネジャー相談支援専門員	●事業所 ■ケアマネジャー		

ご利用の介護保険サービスがあればご記入ください

近親者 連絡先	①	氏名 郡山 花子	電話番号 ●●-●●●●	携帯電話 ●●●-●●●-●●●●	
		(続柄 長女)	住所 大和郡山市北郡山町×番地		
		メールアドレス (安否確認センサー)	hanako.koriyama@gmail.com		
	②	氏名 郡山 一郎	電話番号 ●●-●●●●	携帯電話 ●●●-●●●-●●●●	
(続柄 長男)		住所 大阪市●●区×番地			
		メールアドレス (安否確認センサー)	koriyamaichiro@yahoo.co.jp		

センサーの異常検知があった場合メールで通知します。書き間違いにご注意ください。

協力員	①	ふりがな	続柄	電話番号
		氏名		携帯電話
		生年月日	住所	
	②	ふりがな	続柄	電話番号
氏名		携帯電話		
	生年月日	住所		

安否確認センサー申請の方は記入する必要はありません

民生委員	ふりがな	電話番号
	氏名	携帯電話
	住所	
	意見	