

# 『緊急通報装置利用申請書』の記入方法について

様式第1号 (第5条関係)

## 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 〇〇-〇〇〇〇  
対象者との続柄 子

個人番号 未記入で可

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	氏名	ふりがな	住所
	郡山 太郎	におりやま たろう	大和郡山市 北郡山町△番地
	生年月日	S6年 1月 1日	住宅
	電話番号	FAX	携帯電話
	●●-●●●●	●●-●●●●	000-0000-0000

申請理由

① 65歳以上のひとり暮らしの者又は高齢者世帯のため  
② ひとり暮らしの重度身体障害者のため  
③ その他

具体的に ( )

医療保険番号 1234567

主な病名	血液型
心筋梗塞	AB型 (RH + -)
障害部位	身障手帳
下肢	●種 △級

主治医	①	電話番号
	〇〇病院 〇〇医師	0743 (00 ) 0000
②	電話番号	
	△△病院 △△医師	0743 (00 ) 0000

心身の状況	外出	普通	一部介助	困難
	歩行	普通	歩行器、杖が必要	介助が必要
	階段昇降	普通	一部介助	困難
	入浴	普通	一部介助	困難
	視力	普通	弱視	全盲
	聴力	普通	やや難聴	難聴
	言語	普通	やや不自由	不自由
	記憶力	普通	やや悪い	悪い

同居者	氏名	年齢	続柄	身体の状態

提出日をご記入下さい。

ご本人もしくは家族の住所・氏名・続柄・電話番号をご記入下さい。

ご本人の住所・氏名等をご記入下さい。

世帯状況をご記入下さい。

①国民健康保険証の番号(74歳未満の方)  
②後期高齢者医療保険証の番号(75歳以上の方or65歳以上の身障者で該当の方)をご記入下さい。

心臓病・脳血管疾患・呼吸器疾患等、疾病のある方はご記入下さい。

障害をお持ちの場合はご記入下さい。

かかりつけの医院をご記入下さい。

ご本人の心身の状況でそれぞれの項目の当てはまる状況に○をつけて下さい。

一人暮らしまたは高齢者世帯の方対象の制度ですが、  
・籍があるが家にいない家族がいる場合  
・障害等をお持ちで通報出来ない方と同居の場合 等

介護保険サービス利用有無	有・無	サービス利用日・内容	月・水曜日 訪問介護
ケアマネージャー相談支援専門員	●●		

ご利用の介護保険サービスがあれば、その内容、曜日をご記入下さい。

近親者 連絡先	①	氏名 郡山 花子 (続柄 子)	電話番号 ●●-●●●●	携帯電話 ◇◇□-●●●●-○○○○
		勤務先名称 (電話番号)	勤務先所在地	
	②	氏名 郡山 一郎 (続柄 甥)	電話番号 06-●●●●-○○○○	携帯電話 △▽□-●●●●-○○○○
		勤務先名称 (電話番号)	勤務先所在地	

近親者の連絡先をご記入下さい。緊急時に連絡させてもらいますので、極力2人ご記入下さい。極方のご家族でもご記入下さい。

私は、緊急通報装置利用対象者 郡山 太郎 の協力員になることを承諾します。

協力員	①	ふりがな きんぎょ じろう 氏名 金魚 次郎	続柄 隣人	電話番号 ●●-◇◇◇◇□ 携帯電話 △▽□-◇◇●●-○○○○
		生年月日 S8.8.8	住所 大和郡山市北郡山町●-●	
	②	ふりがな うえつき いちろう 氏名 植槻 一郎	続柄 友人	電話番号 ●●-◇×◇◇□ 携帯電話 △▽□-●●◇□-○○○○
		生年月日 S7.7.7	住所 大和郡山市植槻町●-●	

隣人など緊急時に駆けつけてくれる方の連絡先を記入してもらって下さい。緊急時に連絡させてもらいますので、極力2人ご記入下さい。見つからなければご相談下さい。

民生委員	ふりがな きたとおりきま たろう 氏名 北郡山 太郎	電話番号 携帯電話
	住所 大和郡山市北郡山町△-△	
	意見 ひとり暮らしで持病も有り不安に思われている。	

民生委員の方に氏名・連絡先・意見をもらって下さい。

自宅付近の地図 地図番号 \_\_\_\_\_

別紙

地図に自宅の住所を着色して下さい。住宅地図のコピーを添付して頂いても結構です。地図が用意できない場合は相談下さい。

端末設置機種	
端末設置日	令和 年 月 日

市で記入します。

決裁年月日	公 印	課 長	課長補佐	係 長	係	受 付	令和 年 月 日
令和 年 月 日						起 案	令和 年 月 日
登録・貸与 決定・却下							