様式第１号(第５条関係)

緊急通報システム設置申請書

年　　月　　日

鳩山町長　　宛て

住　　所
氏　　名
利用者との続柄
電話番号

鳩山町緊急通報システム事業実施要綱第５条第１項の規定により、下記のとおり申請します。

記

<table>
<tr><td rowspan="2">利用者</td><td>氏　名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td>鳩山町</td><td>電　話</td><td colspan="2">固定：
携帯：</td></tr>
<tr><td>病　歴
（いつ頃かも記入）</td><td colspan="3"></td><td>血液型</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">かかりつけの医療機関</td><td colspan="2">名　　称</td><td>電　話　番　号</td><td>主　治　医</td><td>病　　名</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">加入している健康保険</td><td>保険者名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>被保険者番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>ケアマネジャー</td><td>無　・　有⇒</td><td colspan="4">介護支援事業者名（　　）
担当ケアマネジャー（　　）
電話番号（　　）</td></tr>
</table>

親　族　等　連　絡　先(勤務先を含む。)			
氏　　名	電　話　番　号	住　　所	続　柄
	固定: 携帯:		
	固定: 携帯:		
	固定: 携帯:		
	固定: 携帯:		

特記事項	
	☆　病院診察カード№
	☆　視力の状況　　普通・弱視・全盲
	☆　聴力の状況　　普通・難聴ぎみ・難聴
	☆　歩行の状況　　常時臥床・屋内歩行・屋外歩行
	☆　生活保護の受給　　有・無

同　意　書

1．利用者負担額の決定にあたり、町民税課税台帳等の税情報を確認すること。
2．緊急通報システム事業の利用に際し、利用者台帳の写しを西入間広域消防組合及び委託業者に提出すること。
3．見守りの一環として、利用者台帳の写しを鳩山町社会福祉協議会に提出すること。
4．緊急通報時、委託業者及び消防組合等の住宅内立入りを認め、当該立入りに際し、やむを得ず住宅等の一部に破損が生じた場合に行為者や町、消防組合に対して損害賠償請求を行わないこと。
5．緊急通報システム事業の利用に際し、固定回線のうち、一般回線以外（光電話・ＩＰ電話等）を利用する場合、停電や通話障害等が発生する可能性があることを承諾して利用するとともに、これらを原因として不都合が発生した場合においても、町に対し一切責任を問わないこと。

上記の緊急通報システムの利用に関する全ての事項について、同意します。

令和　　年　　月　　日

住　　所
氏　　名