

見守り安心サポート事業利用申請書 書き方見本

様式第1号（第6条関係）
以下のとおり決定したい

1. 設置する 負担区分（課税世帯・非課税世帯）
2. 設置しない（理由）

機器番号

姫路市見守り安心サポート事業（安心コール）利用申請書
年 月 日

（宛先） 姫路市長
下記の内容に同意の上、緊急通報機器の利用を申請します。

フリガナ	ヒメジ ハナコ	生年月日	大 昭・平 15年 1月 1日 (81歳)
氏名	姫路 花子		
住所	(〒 670 - 8501) 姫路市 安田四丁目1番地 安田マンション201		
電話	固定電話 (必須)	079-221-2316	
	携帯	090-0000-0000	
世帯構成	1. ひとり暮らし世帯 2. 同居者がねたき等の人のみの世帯（4頁の同居者の身体状況もご記入下さい。）		
同居者	氏名	生年月日	大・昭・平・() 年 月 日 続柄
	氏名	生年月日	大・昭・平・() 年 月 日 続柄
	氏名	生年月日	大・昭・平・() 年 月 日 続柄

固定電話は必ず記入してください。

担当民生委員・児童委員の確認印をもらってください。

代筆者 _____ 続柄 _____

世帯構成全員が同意の上、緊急通報機器の利用を申請します。

世帯構成全員の税務情報の閲覧をすること。

世帯構成全員の立ち入りを認め、住居等の破損に対して損害賠償を求めないことを承諾すること。

委託事業者へ搬送先情報を提供すること。

この事業に必要な範囲で、消防関係部局、委託事業者、福祉関係部局へ情報提供すること。

5. 自己の過失により、緊急通報機器等を破損または損失した場合は、速やかに姫路市に申し立てる。
6. 設置状況について民生委員・児童委員へ報告すること。
7. 次のいずれかに該当するときは、速やかに姫路市に申し立てる。
 - (1) 氏名、住所、電話番号、電話回線を変更したとき
 - (2) 緊急連絡先、協力員に変更があったとき
 - (3) 安心コールの利用を辞退するとき
 - (4) 要綱第4条に規定する事業の対象者としての要件に該当しなくなったとき
8. 利用する電話回線がNTTアナログ回線以外の場合、音声不良や回線不通等の不具合が生じる可能性があることを十分理解した上で利用するとともに、この不具合に起因するいかなる苦情または損害賠償請求も、姫路市及び委託事業者は一切申し立てないこと。

担当民生委員状況確認欄

申請者の世帯は、現在（ひとり暮らし・同居者がねたき等の人のみ）であることを確認しました。

年 月 日 氏名 姫路 一郎 印 _____

《姫路市見守り安心サポート事業（安心コール） 情報キット》

年 月 日

フリガナ	ヒメジ ハナコ	生年月日	大・昭・平 年 月 日
氏名	姫路 花子		
【本人の状況】（該当する状態すべてに、しをつけてください。）			
<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者			
<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ねたき等のため緊急時に対応できない人と同居している			
<input checked="" type="checkbox"/> 障害者手帳等を有する人			
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（種 級 障害名： _____）			
<input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（種 級 障害名： _____）			
<input checked="" type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> 車椅子を利用 <input type="checkbox"/> 杖・手すりを使用			
<input type="checkbox"/> 目が不自由 <input type="checkbox"/> 耳が不自由			
<input type="checkbox"/> 精神的に不安定なことがある <input type="checkbox"/> 医師の診断を必要とする			
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
親族等	氏名	続柄	住所
緊急連絡先			
医療機関名	かかりつけ医療機関（病院等）①		かかりつけ医療機関（病院等）②
科目・担当医			
電話番号			
常用薬			
アレルギー	あり（ _____ ） ・ なし		

緊急搬送時や、ご本人と連絡が取れない場合の連絡先をご記入ください。

申請後、かかりつけ医や常用薬に変更があった場合は報告してください。

※体調等について、特に知っておいて欲しいことがあれば記入してください。

申請者名を記入してください。

(申請者氏名) **姫路 花子**

《 協 力 員 の 登 録 》

利用者から緊急通報があった場合、受信センターからの依頼により協力員として利用者宅にかけつけることを承諾します。
 事業実施のため、本書に記載した事項について消防関係部局及び委託事業者へ情報提供し、利用者宅の冷蔵庫内で写しを保管することに同意します。また、高齢者支援を目的として、姫路市民生委員児童委員連合会から開示の請求があった場合に姫路市が個人情報を提供することに同意します。

協力員	フリガナ	ヒメジ シロコ	続柄	友人
	氏名 (自署)	姫路 城子		
	住所	(〒 670 - 0000) 姫路市 安田町三丁目〇〇番地		
1	電話	(自宅) 079-221-0000	(携帯) 090-0000-0000	

協力員	フリガナ	ヒコウゴ イチロウ	続柄	知人
	氏名 (自署)	兵庫 一郎		
	住所	(〒 670 - 0000) 姫路市 安田町四丁目1番地2		
2	電話	(自宅)	(携帯) 080-0000-0000	

- ※ おおむね5分以内にかかけつけることができる方に依頼してください。
- ※ 同一世帯の方を2名登録することはできません。
- ※ 協力員の連絡先は自宅・携帯のどちらか一方でも構いません。
- ※ 必ず協力員自身に記入してもらってください。(代筆不可)
- ※ 協力員が変更になった場合は速やかに高齢者支援課へ連絡してください。(079-221-2306・2317)

※この頁は、利用者宅の冷蔵庫内で写しを保管します。

自宅の場所が分かるように、目印となる建物等を入れて記入してください。

自宅付近の地図



必ず協力員自身に記入いただけてください。
 同じ家に住んでいる人を2名登録できません。
 協力員が変更になる場合は高齢者支援課
 (079-221-2306)へ連絡してください。

※工事当日の車両の駐車可能場所を朱塗り等で示してください。

同居者がいる場合でも、ねたきり等により緊急時の対応が困難な場合は申請が可能です。該当する場合は下記にご記入ください。ただし、就労等による日中独居等は含みません。

《 同 居 者 の 身 体 状 況 》

フリガナ		生年月日	大・昭・平・() 年 月 日(歳)
氏 名			
現在の状況	1. ねたきり	2. 認知症	3. その他
障害者手帳等を有する人			
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (種 別) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳			
緊急時に通報できない理由			

同居している人が寝たきり等により緊急時の対応が困難な場合は、こちらもご記入ください。