

様式第1号（第6条関係）

(市記入欄) 以下のとおり決定したい	
1. 固定型装置を設置する	負担区分(課税・非課税)
2. 携帯型端末を設置する	負担区分(課税・非課税)
3. 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

下記の事項に同意の上、緊急通報機器の利用を申請します。

申請者 (利用者)	フリガナ		生年月日	大・昭・平
	氏名			年 月 日(歳)
	住所	(〒 -) 姫路市		
	電話	固定電話		
携帯				
世帯構成	1. ひとり暮らし世帯 2. 同居者がねたきり等の人のみの世帯(4頁の同居者の身体状況もご記入下さい)			
電話回線	1. NTTアナログ回線【固定型装置を利用】 2. NTTアナログ回線以外の固定電話回線【固定型装置を利用】 () 3. 利用できる固定電話回線がない【携帯型装置を利用・誓約書の提出要】			
鍵預かり	1. 希望する 2. 希望しない			

※代筆の場合は右記に記入してください。 →

代筆者		続柄	
-----	--	----	--

【同意事項】

- 機器の設置・初期設定費用・利用負担金(携帯型端末利用の方のみ)の算定のため、世帯構成員全員の税務情報を閲覧することを認めます。
- 緊急通報に伴う救助活動による協力員等の立ち入りを認め、住居等の破損に対して損害賠償を求めません。
- 緊急通報に伴う救急搬送に関して、委託事業者への搬送先情報の提供を認めます。
- 申請書等に記載した内容について、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を認めます。
- 緊急通報機器等を破損し、又は損失した場合、損害を賠償します。
- 設置状況について民生委員・児童委員へ報告することを認めます。
- 次のいずれかに該当するときは、速やかに姫路市に申し出ます。
 - 氏名、住所、電話番号、電話回線を変更したとき
 - 緊急連絡先、協力員に変更があったとき
 - 安心コールの利用を辞退するとき
 - 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
- (固定型装置利用の方のみ) 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の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について、姫路市及び委託事業者は一切申し立てません。

(申請者氏名)

《 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 1	フリガナ		続柄	
	氏名 (自署)			
	住所	(〒 —) 姫路市		
	電話	(自宅)	(携帯)	

協 力 員 2	フリガナ		続柄	
	氏名 (自署)			
	住所	(〒 —) 姫路市		
	電話	(自宅)	(携帯)	

- ※ 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)
- ※ 鍵預かりを利用される場合は、1名のみでも可能です。
- ※ 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

4

※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		続柄	
現在の状況	1. ねたきり 2. 認知症 3. その他		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">障害者手帳等を有する人</div> <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			
緊急時に通報できない理由			

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・同居者がねたきり等の人のみ）であることを確認しました。

年 月 日 氏 名

電話番号

角印