

(第1号様式) 墨田区高齢者民間救急通報システム利用申請書

墨田区長 あて

年 月 日

高齢者民間救急通報システムを利用したいので、次のとおり申請します。

申請者 (利用者)	ふりがな				性別	世帯人数	
	氏名					人	
	住所	墨田区 丁目 番 号					
	建物名	(マンション名など)					
	生年月日						
	電話番号			携帯電話番号			
	住所の目標						
	アレルギー	()			ペースメーカー		
	障害	()					
居住建物の状況							
居住建物の構造							
慢性疾患					血液型	型	
かかりつけ 病院	病院名	診療科	主治医		電話番号		
	フリガナ	電話番号	住所		利用者との 関係	利用者 宅の鍵 の所持	
搬送時の居住管理者 ※搬送時、戸締り等をして くれる方がいればご記入く ださい。			〒				
緊急時の連絡先 (親族等) ※必ず1名以上記入 ※緊急時に事業者か ら連絡します。			〒				
緊急通報協力員 (緊急時に駆け付けてくれる方がいれば、ご記入ください。)							
フリガナ	性別	電話番号	住所		利用者との 関係	利用者 宅の鍵 の所持	
氏名			〒				
機器の種類				必須事項			
電話回線 (固定電話回線型式を選択した場合は選択)							

(裏面もご確認ください)

受付者 所属

氏名

電話番号

(第1号様式) **墨田区高齢者民間救急通報システム利用申請書**

高齢者民間救急通報システム利用確認書（よくお読みください。）

墨 田 区 長 あて

墨田区の高齢者民間救急通報システムを利用するにあたり、以下の事項を確認し、同意します。

- 1 利用料金を決定するため、区が保有する情報から私の所得状況等を確認することに同意します
- 2 利用料金が発生する場合、期日までに事業者に支払うことを誓約します。
- 3 事業者が設置する受信センターが、緊急性があると判断した場合は、事業者や警備会社等が自宅へ立ち入ることを認め、これによって住宅等に破損が生じても、修復等の責任を一切問いません。
- 4 事業者が自宅の鍵を預けることに同意します。
- 5 機器を適切に使用し、譲渡や担保に供する等、他の目的には使用しません。
- 6 私の責めに帰すべき理由により、機器の一部または全部を破損・紛失したときは、すぐに区に申し出て、その費用を支払います。
- 7 次のいずれかに該当した場合、機器を速やかに返還します。（区が利用を認める場合を除く）
（1）高齢者世帯でなくなったとき。
（2）機器を必要としなくなったとき。
- 8 申請書に記載した私の個人情報について、事業者、消防署に提供することに同意します。
- 9 申請書に記載した私の個人情報と、利用中に区や事業者が知り得た私の個人情報の中で、在宅生活の支援に資すると区が判断するものは、必要とする範囲で高齢者支援総合センター（地域包括支援センター）・高齢者みまもり相談室に情報提供することに同意します。

☐ 上記のすべての項目を確認し、承諾します。（※確認後、☐に✓をつけてください。）

申請者（利用者）

住所：

氏名：

代筆者

氏名：

利用者との関係

（利用者以外が記入した場合）

代筆の理由

居住管理者／緊急時の連絡先（親族等）／救急通報協力員 確認欄

利用者の在宅生活を支援するため、本申請書に記載の私の情報について、事業者、管轄する消防署協力員、高齢者支援総合センター（地域包括支援センター）・高齢者みまもり相談室へ提供することに同意します。

搬送時等の居住管理者

氏名：

緊急時の連絡先（親族等）

氏名：

氏名：

救急通報協力員

氏名：

受付者 所属

氏名

電話番号