

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				男・女	世帯人数
	氏名	(印)				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	明治・大正・昭和 年 月 日				
	電話番号		携帯電話番号			
	住所の目標					
	アレルギー	ない・ある()	ペースメーカー	ない・ある		
	障害	ない・ある()				

居住建物の状況	戸建て・共同住宅(賃貸)・共同住宅(持家)・公営住宅・店舗併用				
居住建物の構造	木造・防火造・耐火造				
慢性疾患				血液型	型
かかりつけ病院	(病院名)	(診療科)	(主治医)	病院の電話番号	
	ふりがな 氏名	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。			〒 -		有・無
緊急時の連絡先(親族等) ※必ず1名以上記入 ※救急通報時に事業者から連絡します。			〒 -		有・無
			〒 -		有・無
救急通報協力員(緊急時に駆け付けてくれる方がいれば、ご記入ください)					
ふりがな 氏名	性別	電話番号	住所	利用者との関係	利用者宅の鍵
	男・女				有・無

受付者	所属	氏名	電話番号
-----	----	----	------

※電話回線： アナログ ・ その他(回線用承諾書を提出)
 ※必須条件： 鍵の預かり ・ キーボックス

それぞれ当てはまるほうに○

裏面もご記入ください

(よくお読みください。)
高齢者民間救急通報システム利用確認書

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。
(※確認後、□に✓をつけてください。)

- 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。
- 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。
- 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。
- 事業者が自宅の鍵を預けることに同意します。
- 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。
- 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。
- 次のいずれかに該当した場合は、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。
- 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。
- 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。

申請者
(利用者)

住所 墨田区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号
氏名 _____ (印)

代筆者
(利用者以外が記入した場合)

氏名 _____ 利用者との関係 _____
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 _____ (印)

緊急時の連絡先(親族等)

氏名 _____ (印)

氏名 _____ (印)

救急通報協力員

氏名 _____ (印)