

志木市緊急時連絡システム利用申請書

年 月 日

志木市長様

申請者 住所
氏名
電話番号
利用者との続柄

次のとおり添付書類を添えて申請します。

希望内容 (○で囲む)	①緊急時連絡システム（自己負担なし） ②高齢者見守り通報システム（自己負担あり） ※①が非該当の場合に②の利用を希望（ する ・ しない ）			
ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	生年	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和
対象者氏名		<input type="checkbox"/> 女	月日	日生（ 歳）
住所	志木市			
電話番号	()	FAX・携帯	()	
世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他（)			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	
	電話番号	()	携帯番号	()
	氏名	続柄	住所	
	電話番号	()	携帯番号	()
介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援（1. 2） <input type="checkbox"/> 要介護（1. 2. 3. 4. 5）			
身体状況	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（1級・2級）・なし			
病名、症状等	上記でチェックした身体状況にかかる病名等、詳しい症状を記入してください。			
救急搬送の状況	過去	ヶ月以内に	回	
かかりつけ 医療機関	病院名		電話番号	()
	病院名		電話番号	()
ケアマネージャー ※該当の場合のみ記入	事業者名			
	担当者名		電話番号	()
代筆 ※該当の場合のみ記入	代筆者の氏名		本人との関係	
	住所	〒	電話番号 ()	