第１号様式（第３条関係）

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 |  | | | | | | | □ 男  □ 女 | | 生年月日 | | □ 明治　□ 大正　□ 昭和  　　　　．　　　　．　　　　日生（　　　歳） | | | | | |
| 対象者氏名 |  | | | | | | |
| 住　所 | 志 木 市 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電 話 番 号 | （　　　　　） | | | | | | | | FAX・携帯 | | | | （　　　　　） | | | | |
| 世 帯 状 況 | □ 独居　　□ 高齢者のみ世帯　　□ 日中独居　　□ 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 | □ 未申請　□ 申請中　□ 非該当　□ 要支援（１．２）　□ 要介護（１．２．３．４．５） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体状況 | □ 脳血管疾患　□ 心疾患　□呼吸器疾患　□ その他　□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　　　　　　(　　　　　) | | | | | | | | | | |