

様式第1号（第4条関係）

勝浦町緊急通報体制等整備事業利用申請書

年 月 日

勝浦町長 殿

緊急通報体制等整備事業を利用したいので、勝浦町緊急通報体制等整備事業第4条の規定により、次のとおり申請します。

申請者

(住所)	勝浦町大字		
フリガナ (氏名)		印	男・女
(生年月日)	明・大・昭	年 月 日	歳
(電話番号)	-		

誓 約 書

緊急通報体制整備事業を利用するにあたり、次の事項を守ることを誓約します。

- 利用中に発生した不慮の事故については、その責任を勝浦町及び実施法人に負わせません。
- 利用の際には、定められた利用料を納入します。
- 利用の際には、諸規則を守り、指示に従います。
- 自己の責任において貸与を受けた物件を故意または過失により、破損、紛失、または廃棄し、装置の修理が必要となった場合は、当該修理費等に要する費用を弁償します。

年 月 日

勝浦町長 殿

(住所) 勝浦町大字

(氏名)

印

IDNO.	県 市・町・村			No.	
		<input type="checkbox"/> センサー (<input type="checkbox"/> 人感 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> ガス <input type="checkbox"/> 水)		その他()	
カナ氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日	歳	
氏名		電話		携帯	
		契約			
住所	フリガナ				
	〒	—			
住宅目標				P	
注意	<input type="checkbox"/> ニトロ <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 在宅O2 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 言語障害		<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 車椅子		
病歴	<input type="checkbox"/> 1 心臓病 <input type="checkbox"/> 3 糖尿病 <input type="checkbox"/> 5 消化器 <input type="checkbox"/> 7 高血圧 <input type="checkbox"/> 9 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 11 腰 <input type="checkbox"/> 13 神経痛 <input type="checkbox"/> 15 目疾患 <input type="checkbox"/> 17 便秘		<input type="checkbox"/> 2 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 4 腎臓 <input type="checkbox"/> 6 呼吸器 <input type="checkbox"/> 8 メニエール <input type="checkbox"/> 10 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 12 足 <input type="checkbox"/> 14 リウマチ <input type="checkbox"/> 16 不眠 <input type="checkbox"/> 18 うつ		
			特記・緊急時の対応		
			内服		
			同居人		
同居人					関係

病院1			病院2		
同居人	病院1		病院2		

介護支援状況	曜日	ヘルパー	デイ	訪看	配食	介護その他		
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	月		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	火		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	水		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	木		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	金		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	土		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ペット	
		事業所名					電話番号	
包括支援センター								
ケースワーカー								
ケアマネージャー								
ヘルパー								
デイサービス								
訪問看護								

協 力 員 1	氏名	カ ナ			男・女	関係	
	電話	() -	住所				
	特記		鍵 (預かり)	有・無	かけつけ時間	歩・ 自転車	・車 分
協 力 員 2	氏名	カ ナ			男・女	関係	
	電話	() -	住所				
	特記		鍵 (預かり)	有・無	かけつけ時間	歩・ 自転車	・車 分
協 力 員 3	氏名	カ ナ			男・女	関係	
	電話	() -	住所				
	特記		鍵 (預かり)	有・無	かけつけ時間	歩・ 自転車	・車 分
協 力 員 4	氏名	カ ナ			男・女	関係	
	電話	() -	住所				
	特記		鍵 (預かり)	有・無	かけつけ時間	歩・ 自転車	・車 分

民 生 委 員	氏名	カ ナ			男・女	訪問回数	月・週	回
	電話	() -	住所					
	特記		鍵 (預かり)	有・無	かけつけ時間	歩・ 自転車	・車 分	

主 た る 連 絡 先	氏名	関係	電話番号	住所		

消防署				
電話			FAX	

警察署	小松島警察署			
電話	0885 - 32- 0110	FAX		

タクシー	横瀬観光	電話	0885 - 42 - 2068	
------	------	----	------------------	--

地図(利用者の住宅付近)