様式第1号(第4条関係)

高齢者等緊急通報システム設置申請書

年　　月　　日

　　湧別町長　　　　様

申請者　住所　湧別町

氏名

　次のとおり、緊急通報用電話機の設置(貸与)を受けたく申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 設置(貸与)を必要とする世帯の種類 | | | | ひとり暮らし高齢者世帯・高齢者夫婦世帯・身体障害者世帯  その他の世帯　　　　　　　　 　　　　※該当する世帯に○印 | | | | | | | | |
| 利用者の状況 | 氏名 | | | | 性別 | | 生年月日 | | | 血液型 | | |
|  | | | | 男・女 | | 年　 月　 日(　　歳) | | | A型　B型  O型　AB型  RH(＋・－) | | |
| 住所 | | | | | 目標物 | | | 電話設置状況 | | | |
| 湧別町  ※住宅付近見取図添付 | | | | |  | | | 有・無  (01586)　　－ | | | |
| 世帯の状況 | 氏名 | | 続柄 | | | 性別 | | 生年月日 | | 血液型 | | |
|  | |  | | | 男・女 | | 年　 月　 日(　 歳) | | 型RH(＋、－) | | |
|  | |  | | | 男・女 | | 年　 月　 日(　 歳) | | 型RH(＋、－) | | |
|  | |  | | | 男・女 | | 年　 月　 日(　 歳) | | 型RH(＋、－) | | |
|  | |  | | | 男・女 | | 年　 月　 日(　 歳) | | 型RH(＋、－) | | |
|  | |  | | | 男・女 | | 年　 月　 日(　 歳) | | 型RH(＋、－) | | |
| 連絡先氏名 | |  | | | | 連絡先住所 | | TEL(　　)　－ | | | 利用者との関係 |  |

|  |
| --- |
| 承諾書  　急病、災害等緊急の事態が発生したとき又は救援に出動し、真にやむを得ない理由により家屋の一部を損傷させることと、その損傷の修理に要する費用を負担することを承諾します。  年　　月　　日  　湧別町長　　　　様  住所　湧別町  氏名 |

調査書

　該当する事柄を○で囲んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| また、その他等には必要事項を記入してください。 | | | 氏名 | | |  | | |
| 事項 | 調査項目 | | | | | | | |
| 健康状態 | 心臓病・高血圧症・腎臓病・糖尿病・その他(　　　　　　　　　) | | | | | | | |
| の疾病があり、日常生活に支障が |  |  | ある  ない | | | | |
|  |
|  |
|  |
| (かかりつけの医療機関名)  昼～(　　　)　－  電話  夜～(　　　)　－  (主治医名) | | | | | | | |
| 身体状況 | 視力・聴力・上肢・下肢・その他(　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | |
| の障害があり、日常生活に支障が |  |  | ある  ない | | | | |
|  |
|  |
|  |
| 日常生活動作の状況 | 歩行・排泄・食事・入浴・着脱衣・その他(　　　　　　　　　　) | | | | | | | |
| が適切に行うことができず、日常生活に支障が | | | |  | |  | ある  ない |
|  |
|  | |
|  |
| 住居状況 | 1　建築年月：　　　　　年　　　月頃  2　住居種類：自家・公営住宅・借家・間借・その他(　　　　)  3　住居構造：木造モルタル・鉄筋・その他(　　　　　　　　)  　　　　　　平屋・　　階建て  4　住居の外壁・内壁等の素材：防火建材(不燃焼のもの)  ベニヤ・木造  その他(　　　　　　　　　　) | | | | | | | |