

高齢者緊急通報システム利用申込書

年 月 日

(あて先)千葉市長

下記のとおり高齢者緊急通報システムの利用を申し込みます。

また、高齢者緊急通報システムの利用に係る審査のため、市が審査に必要な範囲で対象高齢者の住民基本台帳及び世帯状況について調査することに同意します。

対象 高齢 者(申 込 者)	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	氏名	(※)		生年月日	年 月 日		
	(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。						
	住所	千葉市 区					
	住居	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家(市営・県営住宅 / UR / 民間) <input type="checkbox"/> その他()					
	鍵の預かり	<input type="checkbox"/> 可 ※借家の方は、鍵の預かりについて誓約書(事項7)を含め、事前に所有者へご確認ください。					
	電話	番号	(携帯不可。受信センター登録番号)		番号	(携帯電話)	
		回線種別	<input type="checkbox"/> NTTアナログ回線 <input type="checkbox"/> その他()		回線区分	<input type="checkbox"/> 自費回線 <input type="checkbox"/> 千葉市回線	
	かかりつけ医療機関	名称				血液型	型 RH()
	身体障害者手帳の有無	科目	電話番号 - -				
健康状態	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(級・障害の種類)						
	1 現在治療中の病気について、該当する番号に○をつけてください。	(1)心臓病 (7)白内障 (14)腰痛 (2)高血圧症 (8)脳卒中 (15)膝関節症 (3)リウマチ (9)骨折 (16)骨粗鬆症 (4)がん() (10)自律神経失調症 (17)皮膚疾患 (5)呼吸器疾患 (11)直腸出血 (18)その他 () (12)パーキンソン病 ()					
	2 1以外で今までにかかった病気について、該当する番号に○をつけてください。	(1)心臓病 (7)白内障 (14)腰痛 (2)高血圧症 (8)脳卒中 (15)膝関節症 (3)リウマチ (9)骨折 (16)骨粗鬆症 (4)がん() (10)自律神経失調症 (17)皮膚疾患 (5)呼吸器疾患 (11)直腸出血 (18)その他 () (12)パーキンソン病 ()					
届出者	<input type="checkbox"/> 対象高齢者が記入(以下 記入不要) <input type="checkbox"/> 親族等による記入(以下に記入)						
	フリガナ			続柄	対象高齢者から見て		
	氏名	(※)					
	(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。						
	住所	<input type="checkbox"/> 対象高齢者住所と同じ(記入不要) <input type="checkbox"/> 対象高齢者住所と異なる(以下に記入)					
連絡先	電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先)		-	-		
	電子メールアドレス	@					
○ 機器の設置及び撤去に立ち会う方の連絡先							
<input type="checkbox"/> 上記 対象高齢者連絡先に同じ <input type="checkbox"/> 上記 届出者連絡先に同じ <input type="checkbox"/> その他(以下に記入)							
立ち合い者氏名							
続柄		対象高齢者から見て					
連絡先電話番号		(携帯電話など平日、日中の連絡先)		-	-		