様式第１号（第３条関係）

緊急通報装置設置申請書

　十日町市長　様

緊急通報体制等整備事業を次のとおり利用したいので申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | フリガナ |  |
| 氏　名 | （　男 ・ 女　） |
| 住 所 | 十日町市　 | 行政区 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　（　　　　歳　） |
| 電話番号 | 　　　　　 | 携帯 |  |
| 同居者 | フリガナ |  | 生 年 月 日 | 続　柄 |
| 氏　名 | （男・女） | 年　　月　　日 |  |
| フリガナ |  | 生 年 月 日 | 続　柄 |
| 氏　名 | （男・女） | 年　　月　　日 |  |

利用者の既往症について記入してください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 既往症 | 病　名 |  | 血液型 |  |
| 主治医師名 | 　　　 | 病・医院名 |  |
| 医療機関電話番号 |  |

緊急の場合に連絡をする親族について記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 親族連絡先 | 第１連絡先 | フリガナ |  | 電　話　番　号 |
| 氏　名 |  |  |
| 住　所 |  | 続柄 |  |
| 第２連絡先 | フリガナ |  | 電　話　番　号 |
| 氏　名 |  |  |
| 住　所 |  | 続柄 |  |

**同　意　事　項**

①緊急通報利用者負担金を決定するにあたり世帯課税状況を調査することに同意します。

②上記情報を関係機関（消防署等）に開示・登録することに同意します。

③緊急の場合、突入口確保のため自宅の損壊に同意し、損害については自己負担とします。

④故意又は過失により貸与した緊急通報装置等機器を破損・紛失した場合、申請者（利用者）がその費用を負担します。

年　　　月　　　日

緊急通報装置　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　あ

連絡を受けた際、利用者の状態を確認する**協力員**を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **第１協力員** | フリガナ |  |
|
| 氏　名 | （　男 ・ 女　） |
| 住 所 | 十日町市 | 行政区 | 　 |
| 電話番号 |  | 利 用 者 宅 | 約　　　 ｍ |
| 利用者宅までの距離 |
| 同意事項 | 上記　緊急通報利用者の協力員になることに同意します。また、関係機関に　　　協力員情報を開示・登録することに同意します。　　　　　　　※署名又は記名押印　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
|  |
| **第２協力員** | フリガナ |  |
| 氏　名 | （　男 ・ 女　） |
| 住 所 | 十日町市 | 行政区 | 　 |
| 電話番号 |  | 利 用 者 宅 | 約　　　 ｍ |
| 利用者宅までの距離 |
| 同意事項 | 上記　緊急通報利用者の協力員になることに同意します。また、関係機関に　　　協力員情報を開示・登録することに同意します。　　　　　　　※署名又は記名押印　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
|  |
| **第３協力員** | フリガナ |  |
| 氏　名 | （　男 ・ 女　） |
| 住 所 | 十日町市 | 行政区 | 　 |
| 電話番号 |  | 利 用 者 宅 | 約　　　 ｍ |
| 利用者宅までの距離 |
| 同意事項 | 上記　緊急通報利用者の協力員になることに同意します。また、関係機関に　　　協力員情報を開示・登録することに同意します。　　　　　　　※署名又は記名押印　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
|  |
| **特記欄**　　緊急通報装置設置が必要となる特別な事情等がありましたら記入してください。 |
|  |
|  |

様式第２号（第４条関係）

緊急通報装置設置決定通知書

年　　月　　日

申請者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　 様

十日町市長

（公印省略）

　年　　月　　日付で申請のあった緊急通報装置の設置について、次のとおり決定したので通知します。

　　　　□　**緊急通報装置を設置します。**

　　　　□　**設置台数に制限があるため待機者となりました。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利　　用　　者 | 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 住所 | 十日町市 （行政区　　　　　　　） |

注意事項

１．緊急通報装置を適正に管理し、毀損又は滅失したときは、届け出てください。

２．他に譲渡したり、貸与したりしないでください。

３．緊急通報が不要になった場合、住所や協力員が変更になった場合は届け出て

ください。

様式第３号（第５条関係）

緊急通報装置変更届

年　　　月　　　日

　十日町市長　様

緊急通報体制等整備事業の設置内容について、次のとおり変更しますので届け出ます。

**※変更が必要な箇所の □ に レ 点をつけ、変更事項を記入してください。**

◎利用（届出）者及び同居者について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | 利用(届出)者 | フリガナ |  | （ 男 ・ 女 ） |
| 氏　名 | 　 |
| 住 所 | 十日町市　 | 行政区 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　（　　　　歳　） |
| 電話番号 | 　　　　　 | 携帯 | 　　　　　　　　 |
| □ | 同居者 | フリガナ |  | 生 年 月 日 | 続　柄 |
| 氏　名 | （男・女） | 年　　月　　日 |  |
| フリガナ |  | 生 年 月 日 | 続　柄 |
| 氏　名 | （男・女） | 年　　月　　日 |  |

◎利用者の既往症について

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | 既往症 | 病　名 |  | 血液型 |  |
| 主治医師名 |  | 病・医院名 |  |
| 医療機関電話番号 |  |

◎緊急の場合に連絡をする親族について

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | 親族連絡先 | 第１連絡先 | フリガナ |  | 電　話　番　号 |
| 氏　名 |  |  |
| 住　所 |  | 続柄 |  |
| 第２連絡先 | フリガナ |  | 電　話　番　号 |
| 氏　名 |  |  |
| 住　所 |  | 続柄 |  |

**※変更が必要な箇所の □ に レ 点をつけ、変更事項を記入してください。**

**※協力員の方には同意事項に自署にて署名、押印をお願いいたします。**

◎協力員について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | **第１協力員** | フリガナ | 　 |
| 氏　名 | （　男 ・ 女　） |
| 住 所 | 十日町市 | 行政区 |  |
| 電話番号 |  | 利用者宅までの距離 | 約　　　　ｍ |
| 同意事項　 | 上記　緊急通報利用者の協力員になることに同意いたします。また、関係機関に　　　協力員情報を開示・登録することに同意いたします。　　　　　　※署名又は記名押印　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
|  |
| □ | **第２協力員** | フリガナ | 　 |
| 氏　名 | （　男 ・ 女　） |
| 住 所 | 十日町市 | 行政区 |  |
| 電話番号 |  | 利用者宅までの距離 | 約　　　 ｍ |
| 同意事項　 | 上記　緊急通報利用者の協力員になることに同意いたします。また、関係機関に　　　協力員情報を開示・登録することに同意いたします。　　　　　　※署名又は記名押印　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
|  |
| □ | **第３協力員** | フリガナ | 　 |
| 氏　名 | （　男 ・ 女　） |
| 住 所 | 十日町市 | 行政区 |  |
| 電話番号 |  | 利用者宅までの距離 | 約　　　 ｍ |
| 同意事項　 | 上記　緊急通報利用者の協力員になることに同意いたします。また、関係機関に　　　協力員情報を開示・登録することに同意いたします。　　　　　　※署名又は記名押印　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

様式第４号（第５条関係）

**緊 急 通 報 装 置 撤 去 届**

年　　月　　日

　十日町市長　様

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　撤去立会者（　□　申請者と同じ　）

（申請者と立会者が同じ場合は、上の□に☑を入れて

下記の連絡先のみ記入して下さい）

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

 緊急通報装置を撤去願います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | フリガナ |  |
| 氏　名 | （　男 ・ 女　） |
| 住 所 | 十日町市 | 行政区 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日（　　　　歳　） |

理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　のため