様式第１号（第４条関係）

緊　急　通　報　装　置　貸　与　申　請　書

　年　　　月　　　日

竹田市長　　殿

申請者　住　所　　竹田市

　　　（自治会）

　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

(直筆の場合は押印不要です)

　下記により、通報先協力者の承諾を得たうえで、緊急通報装置の貸与を申請します。

　申請するにあたっては、緊急時、協力者が必要な範囲において敷地内又は住居に立ち入ること、また、必要かつやむを得ない行為により受けた損害について、協力者及び市はその責めを負わないことを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 氏　　名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 | 歳 |
| 住　　所 | 竹田市 | 電話番号 |  |
| 障害等級 |  | 障害名 |  |
| 介護度 |  | 身体状況 |  |
| 家族構成 | 続　柄 | 氏　名 | 必要事由 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

私は、上記対象者　　　　　　氏の緊急時の通報先協力者として、通報を受けたときは、直ちに訪問し、状況を確認後、緊急措置をとることを承諾します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 協　力　者 | ①　氏　名 |  | 電話番号 |  |
| ①　住　所 |  | 自治会名 | 続柄（　　　　　） |
| ②　氏　名 |  | 電話番号 |  |
| ②　住　所 |  | 自治会名 | 続柄（　　　　　） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先 | 病院名 |  | かかりつけ医 |  |
| 所在地 |  |
| ①氏　名 |  | 続柄 |  | 電話番号 |  |
| ①住　所 |  |
| ②氏　名 |  | 続柄 |  | 電話番号 |  |
| ②住　所 |  |

※なお、本装置は、貸与備品ですので不要になった場合に、本人以外で高齢者福祉課へ連絡をしていただける方の氏名を記入してください（予め本人に了解を求めること）。

 　　 【氏名 ＴＥＬ　　 　　　 　　　　　　】