

年 月 日

朝 霞 市 長 宛

申請者 住 所
氏 名
電 話

下記のサービスを利用したいので申請します。

希望システム (○で囲む)		① 緊急通報システム ② 安心見守り通報システム
		※①が非該当の場合に②の利用を希望 (する・しない)
利用 者	氏 名	
	住 所	朝霞市
	電 話	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
同居の家族		無 ・ 有 (日中独居 ・ その他)
主な病名		
主 治 医		病院名 電話 医師名
身体の状態		身体障害者手帳 (1・2級) なし

緊急連絡先及び通報協力者

	氏 名	住 所	電話番号	備 考
緊急連絡先				
通報協力者				

※申請にあたり次の事項に同意します。

- 1 緊急通報時に、関係者の住宅内への立入を認め、立入に際して止むを得ず住宅等の一部に破損が生じても責任は問いません。
- 2 機器（付属品等含）を破損、紛失した時は、利用者が弁償します。
- 3 自己都合による移設や点検等は有料とします。
- 4 緊急連絡先等は、本人の承諾を受けています。
- 5 サービス提供の可否判定に必要な税情報・介護認定情報及び身体障害者手帳に関する情報の閲覧に同意します。