

[illegible]

年 月 日

(申請者) 住 所
氏 名
電話番号

利 用 者	フリガナ氏名			性別	男・女	生年月日	年　月　日（　歳）	
	住　所		新宮市			電話番号		
	緊急時連絡先	氏　　　　　名	続柄	年齢	住　　　　　所		電話番号	
	本システムが必要な理由		①一人暮らし高齢者　　②身体障害者　　③その他（　　　　　）					
	主　　　な　　　病　　　名		①　　　　　　　　　　　　　　　②　　　　　　　　　　　　　　　③					
かかりつけの医療機関①		名　　　　　称						
		所　　　在　　　地						
		電　話　番　号						
		主　治　医　名						
かかりつけの医療機関②		名　　　　　称						
		所　　　在　　　地						
		電　話　番　号						
		主　治　医　名						

利用 者	医療保険		健康保険・共済組合・船員保険・国民健康保険・その他		記 号 番 号		
			後期高齢者医療		被保険者番号		
			重 身 医 療		受給者番号		
	身体障害者手帳		有 ・ 無	手帳番号		種別（ ）種 等級（ ）	
	身体 状 況	視 力	普 通 ・ 弱 視 ・ 全 盲		言 語	普 通 ・ や や 不 自 由 ・ 不 自 由	
		聴 力	普 通 ・ や や 難 ・ 難		歩 行	普 通 ・ や や 不 自 由 ・ 不 自 由	
		話 の 了 解	普 通 ・ や や 難 ・ 難		意 思 表 示	普 通 ・ や や 難 ・ 難	
		認 知 症	無 ・ 軽 度 ・ 中 度 ・ 重 度		そ の 他		
※ 私は、新宮市緊急通報システムを利用するに当たり、下記事項について同意し、何ら異議を申し立てません。							
1 緊急通報を発し、緊急通報センターからの確認の電話に応答しない場合は、近隣協力者や関係機関が住宅内に立ち入ることを認めます。							
2 緊急時に近隣協力者や関係機関が住宅内に立ち入る場合、住宅等の一部に破損が生じても損害賠償の責任を問いません。							
3 緊急通報システムを利用中に発生した事故については、故意又は重大な過失によるものを除き、近隣協力者や関係機関に一切の責任を問いません。							
4 緊急通報システムを利用するに当たり、住民基本台帳を閲覧することを認め、市民税非課税世帯又は生活保護世帯であることを確認することに同意します。							
5 緊急通報システムを利用するに当たり、申請書に記載した個人情報について、市及び受託業者（市が認めた再委託業者を含む。）が使用することに同意します。							
6 緊急通報システムを利用するに当たり、市が定めた利用料金を負担します。							
7 緊急通報システムがなくなった場合は、返還します。							
氏名（署名）							
事業所名				担当者名			
電話番号							
確 認 欄	1 市民税非課税世帯であることを確認しました。						
	2 生活保護世帯であることを確認しました。						
確認者氏名							