

北上市福祉事務所長 様

令和 年 月 日

申請者 住所
氏名

※利用者本人の住所、氏名を記入
してください。

あんしんホットライン利用申請書

あんしんホットラインを利用したいので申請します。
なお、利用に当たっては、緊急時に家屋、鍵等の破損があっても、一切異議の申立てをしません。

1 対象者

住 所
氏 名
生年月日
性 別 男 ・ 女
電話番号

2 世帯の状況

氏 名	対象者との続柄	生年月日	電話番号

同居のご家族がいる場合は記載してください。

3 申請理由

(例)
※ ひとり暮らしで心臓が悪く、緊急時に救急車を呼べないため
※ 高齢夫婦の2人暮らしで、夫は認知症があり、妻は足が悪く、緊急時に対応することが困難なため。

緊急通報装置対象者調査票

担 当 行 政 区

民 生 委 員 氏 名

住 所

電 話 番 号

※ 本人に関する事項は実際に消防に情報提供される内容になりますので、可能な限り詳細に記載をお願いします。本人だけでなく、同居ご家族がいる場合は、同居ご家族の分も記載をお願いします。

が病弱の場
害者世帯

本人（氏名： ）				同居家族（続柄： 氏名： ）			
健康状況 (病名等)		良 ・ 通院中 (病名)		健康状況 (病名等)		良 ・ 通院中 (病名)	
血 液 型		A ・ B ・ O ・ AB ・ /RH (+ ・ -)		血 液 型		A ・ B ・ O ・ AB ・ /RH (+ ・ -)	
医 療 機 関	(1)	病院名 () 住所 () TEL		(1)	病院名 () 住所 () TEL		
	(2)	病院名 () 住所 () TEL			(2)	病院名 () 住所 () TEL	
健 康 保 険	種 類	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢 ・ その他 ()		健 康 保 険		種 類	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢 ・ その他 ()
	番 号				番 号		
身障手帳		有 ・ 無 (-) 級 障害名 ()		身障手帳		有 ・ 無 (-) 級 障害名 ()	
歩 行 (手段)	可能	一部介助	できない	歩 行 (手段)	可能	一部介助	できない
	自立 ・ 杖歩行 ・ シルバーカー ・ 歩行 ・ その他 ()				自立 ・ 杖歩行 ・ シルバーカー ・ 歩行 ・ その他 ()		
会 話	できる	やや不自由	できない	会 話	できる	やや不自由	できない
視 力	見える	やや不自由	見えない	視 力	見える	やや不自由	見えない
聴 力	聞こえる	聞こえづらい	聞こえない	聴 力	聞こえる	聞こえづらい	聞こえない
上 肢	普通	やや不自由	不自由	上 肢	普通	やや不自由	不自由
下 肢	普通	やや不自由	不自由	下 肢	普通	やや不自由	不自由
外 出	できる	付き添いがあれば可能	できない	外 出	できる	付き添いがあれば可能	できない
一人で可能な場合の手段 (車 ・ 自転車 ・ 歩行 ・ その他)				一人で可能な場合の手段 (車 ・ 自転車 ・ 歩行 ・ その他)			
ペースメーカー		有 ・ 無		ペースメーカー		有 ・ 無	
在宅酸素		有 ・ 無		在宅酸素		有 ・ 無	
現在受けているサービス				現在受けているサービス			
緊 急 連絡先1	フリガナ			緊 急 連絡先2	フリガナ		
	氏 名				続柄		
	住 所	〒			電 話		
緊 急 連絡先2	フリガナ			緊 急 連絡先2	フリガナ		
	氏 名	〒			続柄		
	住 所				電 話		

病名もお忘れなく

利用者本人以外との調整が必要な場合はその方の氏名と連絡先を記載してください。

■ 設置工事の際の日程調整先が利用者本人以外の方

氏 名： (続柄)

電話番号：