

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

利用者本人の情報を記載してください。

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

この欄は記入しないで下さい

対象区分	
------	--

個人コード（検索番号）	
対象区分	①病弱なひとり暮らし老人世帯 ②老人世帯で老人のいずれかが寝たきり世帯 ③老人世帯で老人のいずれかが病弱の場合の世帯 ④ひとり暮らし老人世帯 ⑤老人世帯 ⑥寝たきり老人のいる世帯 ⑦ひとり暮らし

病名もお忘れなく

本人に関する事項	住 所	〒 0 2 4 -		
	自宅の状況	持 家 ・ 借 家 （ 一 戸 建 て ・ ア パ ー ト ・ 市 営 住 宅 ・ その他 ）		
	場所（めじるし）			
	健康状況（病名等）	良 ・ 通 院 中 （ 病 名 ）		
	血 液 型	A ・ B ・ O ・ A B ・ / R H （ + ・ - ）		
	医療機関 1	病院名（ ）住所（ ）TEL		
	医療機関 2	病院名（ ）住所（ ）TEL		
	健康保険証種類	国 保 ・ 社 保 ・ 後 期 高 齢 ・ その他（ ）		
	健康保険証番号	番 号		
	身障手帳	有 ・ 無 （ - ） 級 障 害 名（ ）		
	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 ）		
	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
	聴 力	聞こえる	やや聞こえづらい	聞こえない
	上 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
	一人で可能な場合の手段（ ・ 自 転 車 ・ 歩 行 ・ その他 ）			
	ペースメーカー	有 ・ 無		
在宅酸素	有 ・ 無			
現在受	※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。			
緊 急 連 絡 先				
住 所	住 所 〒 -			
緊 急 氏 名 続 柄	氏 名	続 柄		
連 絡 先 2 電 話 番 号	カナ氏名			
住 所	住 所 〒 -			

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場合には下記に連絡先を記入してください。

氏 名： (続柄) 電話番号：