様式第1号（第５条関係）

波佐見町緊急通報システム利用申請書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

波佐見町長　様

　　下記のとおり、波佐見町緊急通報システムの利用を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| カナ氏名 |  | 性別生　年　月　日 | 生年月日 | 年齢 |
| 氏　　名 |   | 男・女 | TSH　 年　 月 　日生 | 歳 |
| 住　　所 | 〒 | 電　話　番　号 | 血液型 |
| 波佐見町　　　　　　郷　　　　　番地 | －　　　　　－ | 型 |
| 希望装置型式 | 固定型　　・　　携帯型 | 設置時連絡先 | 本人・協力員1・協力員２・協力員３ |
| [地　　図] 　 別紙のとおり　　　　 近くの目標物件  |
| [救 助 口]  |
| [健康状態]　　 |
|  |
|  |
| 病名 |  |  |  |
| 医療機関名 |  | 医療機関名 |  |
| 電話番号 | 　　　　　　－　　　　　　－ | 電話番号 | 　　　　　　－　　　　　　－ |
| 住所 |  | 住所 |  |
| **協力員１** |  | 男 ・ 女 | 生年月日 | TSH 年　　月 　日生 |
| 電話番号 | （携帯） | (自) | 駆付　 　分 | 年齢 | 歳 |
| 住所 |  | 関係 |  |
| **協力員２** |  | 男 ・ 女 | 生年月日 | TSH 年　　月 　日生 |
| 電話番号 | （携帯）　　　－　　　　－ | (自)　　　-　　　- | 駆付　　 分 | 年齢 | 歳 |
| 住所 |  | 関係 |  |
| **協力員３** |  | 男 ・ 女 | 生年月日 | TSH 年　　月 　日生 |
| 電話番号 | （携帯）　　　－　　　　－ | (自)　　　-　　　- | 駆付　　 分 | 年齢 | 歳 |
| 住所 |  | 関係 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 要支援 １ ・ ２ 　要介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５　　その他（　　　　　　　　　　） |
| 利用サービス | 利　用 | 事　業　者　名 | 連　絡　先 |
|  | 有 ・ 無 |  |  |
|  | 有 ・ 無 |  |  |
|  | 有 ・ 無 |  |  |
| 配食サービス | 有 ・ 無 |  |  |
| その他 | 有 ・ 無 |  |  |
| （緊急時の連絡先として） |
| 続柄 |  | 年齢 | 同居・別居 |  |  |
|  |  |  | 同・別 |  |  |
|  |  |  | 同・別 |  |  |
|  |  |  | 同・別 |  |  |
|  |  |  | 同・別 |  |  |
| 民生委員 |  |  |  |
|  |  |  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 視力　・・・・・・ | ☐全盲 | ☐弱視 | ☐普通 |
| 聴力　・・・・・・ | ☐難聴 | ☐やや難聴 | ☐普通 |
| 会話　・・・・・・ | ☐不自由 | ☐少し不自由 | ☐普通 |

 [身体状況] |
| ①健康状態

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ☐高血圧 | ☐心臓病 | ☐脳血管障害 | ☐糖尿病 |
| ☐肝臓病 | ☐腎臓病 | ☐呼吸器の病気 | ☐結核 |
| ☐神経痛 | ☐リウマチ | ☐関節炎 | ☐骨折 |
| ☐その他　（　　　　　　　　　　 　） |

②日常生活状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 歩行　・・・・・ | ☐全介助 | ☐一部介助 | ☐自分で可能 |
| 排泄　・・・・・ | ☐全介助 | ☐一部介助 | ☐自分で可能 |
| 食事　・・・・・ | ☐全介助 | ☐一部介助 | ☐自分で可能 |
| 入浴　・・・・・ | ☐全介助 | ☐一部介助 | ☐自分で可能 |
| 着脱衣　・・・・・ | ☐全介助 | ☐一部介助 | ☐自分で可能 |

 |
| 〔特記事項〕　 |
|  |
|  |