|  |
| --- |
| 緊急通報装置貸与申請書年　　月　　日　　（あて先）白井市長住所　　　　　　　　　　申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄（　　　）　電話番号　　　　　　　　　　白井市緊急通報装置貸与事業実施規則第４条の規定により、下記のとおり緊急通報装置の貸与を申請します。記　１　対象者の住所・氏名・生年月日等　　　　①　住所　　　　②　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　③　生年月日　　　　　　年　　月　　日生　　　　歳　　　　④　電話番号　２　対象者となる事由　３　添付書類　　　　①　誓約書　　　　②　緊急通報装置調査書　　　　③　借家の場合にあっては、家主の承諾書 |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

白井市高齢者等サービス事業に係る同意書

年　　月　　日

（あて先）白井市長

住　　所

対　象　者　氏　　名

（申請者）　電話番号

　白井市が実施する高齢者等サービスの認定審査にあたり、下記事項を関係公簿等により確認すること及び住所・氏名等の個人情報を当該事業の委託業者へ提供することに同意します。

記

１　要介護認定における要介護区分並びに認定調査票の項目、各種障害者手帳の等級、程度について

２　対象者本人及び家族構成員の市民税に係る課税状況について

３　対象者の介護保険料の納付状況について

※上記情報が市で確認できない場合は、証明書の提出をお願いすることがあります。

また、取得した個人情報は、高齢者等サービス実施のために使用し、目的外で使用することはありません。

※各サービスにおける同意事項

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 紙おむつ給付 | 外出支援サービス | 緊急通報装置貸与 | 訪問理美容サービス |
| １・２・３ | １・２ | １・２ | １・２ |

|  |
| --- |
| 誓約書年　　月　　日　　（あて先）白井市長住所　　　　　　　　　　設置者　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　緊急通報装置の設置に当たり、下記のとおり誓約します。記１　貸与された緊急通報装置は、適切な管理のもと丁重に使用し、その他の目的には使用しません。２　緊急事態の発生時に、内鍵等により入室できない場合には、必要箇所を破壊し事態に対応していただくことを承知するとともに、その破壊箇所の修復については、責任を問いません。 |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

|  |
| --- |
| 協力員登録書　　年　　月　　日　　（あて先）白井市長住所　　　　　　　　　　協力員　氏名　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　白井市緊急通報装置貸与事業実施規則第６条第２項の規定により、対象者（　　　　　　　　　　　）の協力員として下記のとおり登録します。　なお、受信センターから緊急事態発生の連絡があり、状況の確認を求められた場合は、速やかに確認し、必要な助言等を行うとともに、緊急以外の連絡があった場合は、訪問又は電話により相談、指導及び市等関係者への連絡を行うことを承諾します。記１　協力員氏名２　住　　　所３　電話番号４　生年月日　　　　　　　年　　月　　日生　５　駆付時間６　対象者との関係 ※　対象者氏名 ※　対象者住所 |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 協力員登録書　　年　　月　　日　　（あて先）白井市長住所　　　　　　　　　　協力員　氏名　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　白井市緊急通報装置貸与事業実施規則第６条第２項の規定により、対象者（　　　　　　　　　　　）の協力員として下記のとおり登録します。　なお、受信センターから緊急事態発生の連絡があり、状況の確認を求められた場合は、速やかに確認し、必要な助言等を行うとともに、緊急以外の連絡があった場合は、訪問又は電話により相談、指導及び市等関係者への連絡を行うことを承諾します。記１　協力員氏名２　住　　　所３　電話番号４　生年月日　　　　　　　年　　月　　日生　５　駆付時間６　対象者との関係 ※　対象者氏名 ※　対象者住所協力員登録書　　年　　月　　日　　（あて先）白井市長住所　　　　　　　　　　協力員　氏名　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　白井市緊急通報装置貸与事業実施規則第６条第２項の規定により、対象者（　　　　　　　　　　　）の協力員として下記のとおり登録します。　なお、受信センターから緊急事態発生の連絡があり、状況の確認を求められた場合は、速やかに確認し、必要な助言等を行うとともに、緊急以外の連絡があった場合は、訪問又は電話により相談、指導及び市等関係者への連絡を行うことを承諾します。記１　協力員氏名２　住　　　所３　電話番号４　生年月日　　　　　　　年　　月　　日生　　５　駆付時間６　対象者との関係 ※　対象者氏名 ※　対象者住所 |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 緊急通報装置調査書対象者の状況 |
|
|
|
|  | フリガナ | 　 | 男女 | 生年月日 | 　 |  |
|
| 氏名 | 　 | 血液型 | 　 |
|
| 住所 | 　 |
|
| 電話番号 | 　 | 電話回線の種類希望機種 | ＮＴＴ回線その他の回線（　　　　　　　　）固定型　・　通信機能搭載型 |
|
|
| 健康保険 | 国保・社保・後期・その他 | 記号 | 　 | 番号 | 　 |
|
| 保険者名 | 　 | 保険者番号 | 　 |
|
|
| 障害者手帳 | 交付日 | 年　　月　　日 | 番号 | 県　　　　号 |
|
| 障害名 | 　 | 種別等級 | 　 |
|
|
| 既往症 |  |
|
| 医療機関 | 名称 | 　 | 主治医 | 　 |
|
| 所在地 | 　 | 連絡先 | 昼 | 　 |
|
| 診療科目 | 　 | 夜 | 　 |
|
| 医療機関 | 名称 | 　 | 主治医 | 　 |
|
| 所在地 | 　 | 連絡先 | 昼 |
| 診療科目 | 　 | 夜 |
| 親族の状況 |
|
| 　 | フリガナ | 住所 | 続柄 | 電話番号 | 備考 | 　 |
| 氏名 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　協力員の状況（駆けつけてほしい順番） |
|
| 　 | フリガナ | 　 | 男女 | 関係 | 　 | 駆付時間 | 　 | 　 |
|
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
|
| 住所 | 　 | 電話番号 | 　 |
|
| 　 |
| 　 | フリガナ | 　 | 男女 | 関係 | 　 | 駆付時間 | 　 | 　 |
|
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
|
| 住所 | 　 | 電話番号 | 　 |
|
| 　 |
|  | フリガナ | 　 | 男女 | 関係 | 　 | 駆付時間 | 　 | 　 |
|
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
|
| 住所 | 　 | 電話番号 | 　 |
|
|  |
|