様式第１号（第４条関係）

令和　　年　　月　　日

　　坂東市長　　　様

住所

氏名

対象者との続柄

電話

緊急通報システム設置申請書

　坂東市ひとり暮らし高齢者等緊急通報システム事業実施要綱第４条第１項の規定により、次のとおり申請します。

年　月　日生

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | | 氏名 | | | 男・女 | | | 電話 | | | | |
| 住所　坂東市 | | | | | |
| 親族等連絡先 | | 氏名 | | | 電話番号 | | | 住所 | | | | 続柄 |
|  | | |  | | |  | | | |  |
|  | | |  | | |  | | | |  |
| 医療保険名 | | | | １　国民健康保険　　　２　社会保険　　　３　共済保険  ４　後期高齢者医療制度　５　退職者保険　　６　船員保険  ７　生活保護　　　　　８　その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 保険証番号 | | | |  | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | | | | 有・無・申請中 | | | 障害の程度 | | | 級 | | |
| かかりつけの医療機関 | | | | 名称 | | | 電話番号 | | | 病歴（持病） | | |
|  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |
| 血液型 | | | | 型　　（Rh　　　　　　） | | | | | | | | |
| 住宅の状況 | １　住宅地の目標（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| ２　１戸建て　市営住宅　アパート　その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| ３　木造　鉄骨　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| ４　建物の面積　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　m2 | | | | | | | | | | | |
| ５　寝室の位置（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| ６　主な光熱器具　①　ガス　（業者名　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　②　その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 近隣協力員 | 通報順位 | | 氏名 | | | 住所 | | | 電話番号 | | 続柄 | 承諾印 |
| １ | |  | | |  | | |  | |  |  |
| ２ | |  | | |  | | |  | |  |  |
| ３ | |  | | |  | | |  | |  |  |
| ４ | |  | | |  | | |  | | 市　福祉担当者 | |
| ５ | |  | | |  | | |  | | 市　福祉担当者 | |
| 住宅付近の略図 | | | | | | | | | | | | |

備考　氏名を自署する場合は、押印を省略できます。