令和　　年　　月　　日

様式第一号

No.

**緊急通報システム事業利用申請書**

（あて先）八尾市長

|  |  |
| --- | --- |
| **申請者** | |
| 住　所 | |
| 氏　名 | 利用者との  続　　　柄 |
| 電話番号　　　　　　－　　　　　－ | |

　サービスを利用したいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **装置の種類** | | 固定型　・　無線型 | | | | | ※使用する装置の種類に〇をつけてください | | | | | | | | | | | | | | |
| **利用対象者** | ふりがな |  | | | | | | 固定電話 | | | | | | －　　　　　－ | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | |
| 携帯電話 | | | | | | －　　　　　－ | | | | | | | |
| 住　所 | 八尾市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | | 年　齢 | | | | | | 歳 | | | 性　別 | | | 男 ・ 女 |
| 納品時の  連絡先 | | 氏名 |  | | | 利用者との  続　　　柄 | | | |  | | | | | 電話番号 | | | －　　　　－ | | |
| サービスが  必要な理由  （心身の状況等） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定 | | 無 ・ 要支援　　　 ・ 要介護 | | | | | | | | | 生活保護 | | | | | 有　・　無 | | | |  |
| 障がい者手帳 | | 有（　　級）　無 | | | 障がいの内容 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **家族・知人** | 氏　名 | | | | 生年月日 | 続柄 | 同居・別居 | | | 住所 | | | | | | | | | | 電話番号 | |
|  | | | |  |  | 同・別 | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  |  | 同・別 | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  |  | 同・別 | | |  | | | | | | | | | |  | |
| **私は、八尾市がサービス実施に必要な介護保険の情報を収集すること及び基本情報をサービス提供事業者・関係機関に提出することに同意します。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **利用者氏名**印 | | | | | | | | | | | | | 署名または記名押印  （署名の場合、押印は必要ありません） | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 市記入欄 | 受付印 |
| 受付者： |  |

ｚｓｄｆ