

鹿児島市長 殿

申請者住所 鹿児島市〇山下町11番1号

氏名 鹿児島 太郎

(利用者との関係) 本人

鹿児島市ひとり暮らし障害者等安心通報システム利用申請書

鹿児島市ひとり暮らし障害者等安心通報システム設置事業実施要綱第5条の規定に基づき、ひとり暮らし障害者等安心通報システムの利用を申請します。

利	お名前 氏名	鹿児島 太郎		生年月日	〇年 〇月 〇日 (〇〇歳)			
		性別	男 ・ 女	電話番号	099-123-4567			
者	住所	鹿児島市 山下町 11番 1号 方書 _____ 町 番地 _____						
	建物の状況	1 建物の構造 (<u>木造</u> 鉄筋 _____ 階建) 2 建物の種類 (一戸建 ・ アパート、マンション ・ 公営住宅 ・ その他)						
	身体障害者手帳番号	第 〇〇〇〇号		〇〇年 〇〇月 〇〇日交付				
	障害名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			障害等級	〇 級		
器 につ いて	希望する緊急通報装置を選んでください。							
	<u>固定型</u>	・ 固定電話の回線が必要になります。 (固定電話がない生活保護世帯及び市町村民税非課税世帯の方には、固定電話の回線を貸与します。)						
	携帯型	・ 自宅内での使用になり、外への持出しはできません。 ・ 電波状況によって一部利用できない地域があります。 ・ 固定電話回線を必要としませんが、固定型のセンサーによる自動通報の機能を利用することができません。						
関 健 す 康 る に	健康保険	<u>国民健康保険</u> ・ 社会保険 ・ その他 ()			血液型	〇 型		
	現在 受診して いる病院	病院名	〇〇〇〇		所在地	〇〇〇〇		
		病名・症状	〇〇〇〇〇〇			電話	〇〇-〇〇〇-〇〇 〇	
		病院名			所在地			
	病名・症状				電話	-		
身 体 状 況	聴 力	<u>普通</u> ・ 少し不自由 ・ 不自由 (補聴器 有 ・ 無)						
	視 力	<u>普通</u> ・ 少し不自由 ・ 不自由						
	言 葉	<u>普通</u> ・ 少し不自由 ・ 不自由						

該当部分を
〇で囲む。

固定型か携
帯型かどち
らかを〇で
囲む。

該当部分を
〇で囲む。

歩 行	普通 ・ 少し不自由 ・ 不自由 (車いす ・ 歩行器 ・ 補装具)				
設置を必要とする状況等	例：1人暮らしになり、緊急連絡先確保のため など				
障害区分認定の結果等	認定を受けていない・自立 非該当・区分1・区分2・区分3・区分4・区分5・区分6				
関係先事業所	連絡先		担当者		
緊急連絡先 の方の名 前、連絡先 等を記入	氏 名	性 別	続 柄	生 年 月 日	備 考
	鹿島 太郎	男	本 人	○年 ○月 ○日	
		男・女		年 月 日	
		男・女		年 月 日	

緊急事態発生の場合は、下記の親族等に連絡をお願いします。

ふりがな			生年月日	○年 ○月 ○日 (○○歳)	
氏名	○○ ○○		性別	男 ・ 女	利用者との関係 ○○
住所	鹿児島市○○○町○○丁目○番○号		電話番号	自宅	(○○○) ○○○-○○○
				携帯	(○○○) ○○○-○○○
ふりがな			生年月日	年 月 日 (歳)	
氏名			性別	男 ・ 女	利用者との関係
住所			電話番号	自宅	() -
				携帯	() -

同 意 書

ひとり暮らし障害者等安心通報システムを利用するにあたり、下記の事項に同意します。

1 住宅の鍵を委託先事業者に預けます。

緊急通報を発し、事業者からの様態確認電話に応答しない場合は、委託先警備員、関係機関等が預けた鍵を使用して、住宅内に立ち入ることを認めます。

緊急時に委託先警備員、関係機関等が住宅内に立ち入る場合は、住宅等の一部に破損が生じても修復責任を問いません。

利用負担額の決定において、市民税課税資料及び生活保護受給資料の閲覧に同意します。費用の負担が発生する場合には、委託先事業者への支払いを怠りません。

令和○年 ○月 ○日

(利用者) 住 所 鹿児島市 山下町 11番 1号

氏 名 鹿島 太郎 (署名又は記名押印)

申請の日
付、利用者
の住所、名
前の記入