別記様式第１号（第４条関係）

（表）

緊急通報装置貸与申請書

年 　 月 　 日

（宛先）栃木市長

緊急通報装置の貸与を受けたいので、栃木市緊急通報装置貸与事業実施要綱第４条の規定により、次のとおり申請します。

緊急通報装置の貸与を申請するに当たり、次の事項について誓約します。

１　申請書の個人情報記載内容について、民生委員、医療機関、消防署等に提供することを承知します。

２　緊急通報装置一式を適切な管理のもとに使用し、他の目的には使用しません。

３　緊急事態発生時に協力員、関係機関等が住宅内に立ち入ること、必要かつやむを得ない場合は、住宅等の一部を破壊して入場し、事態に対応することを承知します。また、その修復については相手の責任を問いません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏　名 | （自署しない場合は、記名押印してください。） | 男・女 |
| 住　所 | 栃木市 | |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 電話番号 |  | |
| 申請理由 | | （病名など具体的に） | |

（裏）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関１ | |  | | | | | 診療科 |  | |
| 住　所 | |  | | | | | 電話番号 |  | |
| 病　名 | |  | | | | | | | |
| 主治医 | |  | | | | | 夜間対応 | 有・無 | |
| 医療機関２ | |  | | | | | 診療科 |  | |
| 住　所 | |  | | | | | 電話番号 |  | |
| 病　名 | |  | | | | | | | |
| 主治医 | |  | | | | | 夜間対応 | 有・無 | |
| 一緒に住んでいる人がいる場合は記入 | | 氏名 | | 続柄 | 生年月日 | | 特記事項 | | |
|  | |  |  | |  | | |
|  | |  |  | |  | | |
|  | | フリガナ | 続柄 | 電話番号  (携帯番号) | | フリガナ | | | 申請者宅まで  の時間 |
| 氏名 | 住所 | | |
| 緊急連絡先  ・協力員 | 協力員 |  |  |  | |  | | | 車・歩 |
| １ |  |  | | | 分 |
| 協力員 |  |  |  | |  | | | 車・歩 |
| ２ |  |  | | | 分 |
| 協力員 |  |  |  | |  | | | 車・歩 |
| ３ |  |  | | | 分 |
| 親  族 | 親族 |  |  |  | |  | | | 車・歩 |
| １ |  |  | | | 分 |
| 親族 |  |  |  | |  | | | 車・歩 |
| ２ |  |  | | | 分 |
| 親族 |  |  |  | |  | | | 車・歩 |
| ３ |  |  | | | 分 |
| 担当  民生委員 | |  |  |  | |  | | | 車・歩 |
|  |  | | | 分 |

別記様式第１号（第４条関係）

記入例

（表）

緊急通報装置貸与申請書

**令和 ○○** 年 **○○** 月 **○○** 日

（宛先）栃木市長

緊急通報装置の貸与を受けたいので、栃木市緊急通報装置貸与事業実施要綱第４条の規定により、次のとおり申請します。

緊急通報装置の貸与を申請するに当たり、次の事項について誓約します。

１　申請書の個人情報記載内容について、民生委員、医療機関、消防署等に提供することを承知します。

２　緊急通報装置一式を適切な管理のもとに使用し、他の目的には使用しません。

３　緊急事態発生時に協力員、関係機関等が住宅内に立ち入ること、必要かつやむを得ない場合は、住宅等の一部を破壊して入場し、事態に対応することを承知します。また、その修復については相手の責任を問いません。

**自署しない場合のみ押印**

（自署しない場合は、記名押印してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏　名 | **高齢　太郎** | 男・女 |
| 住　所 | 栃木市　**万町９-２５** | |
| 生年月日 | **昭和**　　●年　　　●月　　　●日 | |
| 電話番号 | **２１－２２４２** | |
| 申請理由 | | （病名など具体的に）  **脳梗塞、脊柱管狭窄症** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関１ | | **○×△クリニック** | | | | | 診療科 | **○×科** | |
| 住　所 | | **栃木市万町○○** | | | | | 電話番号 | **21-2×××** | |
| 病　名 | | **脳梗塞** | | | | | | | |
| 主治医 | | **□□先生** | | | | | 夜間対応 | 有・無 | |
| 医療機関２ | |  | | | | | 診療科 |  | |
| 住　所 | |  | | | | | 電話番号 |  | |
| 病　名 | |  | | | | | | | |
| 主治医 | |  | | | | | 夜間対応 | 有・無 | |
| 一緒に住んでいる人がいる場合は記入 | | 氏名 | | 続柄 | 生年月日 | | 特記事項 | | |
|  | |  |  | |  | | |
|  | |  |  | | **協力員は車か徒歩で５分以内に**  **駆け付けられる方にしてください。** | | |
|  | | フリガナ | 続柄  **協力員を必ず２名以上**  **記入してください。** | 電話番号  (携帯番号) | | フリガナ | | | 申請者宅まで  の時間 |
| 氏名 | 住所 | | |
| 緊急連絡先  ・協力員 | 協力員 | **ｵｵﾋﾗ ﾏﾙｵ** | **従弟** | **２１-□□□□** | | **ﾄﾁｷﾞｼ…** | | | 車・歩 |
| １ | **大平　○夫** | **栃木市…** | | | **２**分 |
| 協力員 | **ﾌｼﾞｵｶ ｻﾝｶｸ** | **子** | **２１-○△×□** | | **ﾄﾁｷﾞｼ…** | | | 車・歩 |
| ２ | **藤岡　△** | **栃木市…** | | | **５**分 |
| 協力員 | **ﾂｶﾞ ｼｶｸﾖ** | **知人** | **２１-□□××** | | **ﾄﾁｷﾞｼ…** | | | 車・歩 |
| ３ | **都賀　□代** | **栃木市…** | | | **５**分 |
| 親  族 | 親族 | **ｵｵﾋﾗ ﾏﾙｵ** | **従弟** | **２１-□□□□** | | **ﾄﾁｷﾞｼ…** | | | 車・歩 |
| １ | **大平　○夫** | **栃木市…** | | | **２**分 |
| 親族 | **ﾌｼﾞｵｶ ｻﾝｶｸ** | **子** | **２１-○△×□** | | **ﾄﾁｷﾞｼ…** | | | 車・歩 |
| ２ | **藤岡　△** | **栃木市…** | | | **５**分 |
| 親族 |  |  | **親族欄には連絡可能な親族を記入してください。** | |  | | | 車・歩 |
| ３ |  |  | | | 分 |
| 担当  民生委員 | | **ﾆｼｶﾀ ﾏﾙｺ** | **民生**  **委員** | **２１-○○○○** | | **ﾄﾁｷﾞｼ…** | | | 車・歩 |
| **西方 ◎子** | **栃木市○町○○○** | | | **２**分 |

（裏）

**かかりつけの医療機関について、**

**なるべく詳細に記入してください。**