

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

（宛先）佐倉市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

佐倉市緊急通報サービス事業利用申請書

緊急通報サービスを受けたいので、佐倉市緊急通報サービス事業実施規則第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

対象者	住 所	佐倉市		
	氏 名		生年月日	年 月 日（ 歳）
	電話番号			

課税状況等確認同意

利用申請にあたり市町村民税所得割課税状況及び生活保護受給状況を確認されることに同意します。また、緊急通報サービスの利用決定を受けた際、利用中は毎年課税状況について確認されることに同意します。

※ 同意する者の氏名、対象者との続柄、生年月日、職業を記入してください。

世帯構成員	氏 名	続 柄	生 年 月 日	職 業	市町村民税所得割 ※市記入欄
	(対象者)	本人	年 月 日		課税・非課税
	(同居者)		年 月 日		課税・非課税
	(同居者)		年 月 日		課税・非課税
生活保護受給の有無			有 ・ 無		

希望機種	<input type="checkbox"/> 固定型（ペンダント型発信機付き） <input type="checkbox"/> 携帯型
希望サービス	<input type="checkbox"/> 現場派遣員サービス（有料）

添付書類

- 誓約書（様式第2号）
- 佐倉市緊急通報サービス事業調査票（様式第3号）
- 佐倉市緊急通報サービス事業協力員承諾書（様式第4号）※1
- 市町村民税課税（非課税）証明書 ※2

※1：協力員2名の承諾を得られたかたは、提出してください。

※2：申請した年の1月1日時点で佐倉市に住民登録がないかた。その他のかたについても、必要に応じて提出をお願いする場合があります。

年 月 日

（宛先）佐倉市長

申請者 住所
氏名 ⑩

誓 約 書

緊急通報サービスの利用に当たり、下記の事項について誓約します。

記

- 1 申請書等に記載した事項について、緊急通報装置に係る委託事業者、佐倉市八街市酒々井町消防組合へ情報提供することに同意し、また、必要に応じて、佐倉警察署、医療機関、地域包括支援センター、ケアマネジャー、民生委員、緊急連絡先に記載された者等の関係者へ情報提供することに異議を申し立てません。
- 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 費用負担について、市で決定した機器貸与に伴う負担額及び現場派遣員サービスを利用する場合はその負担額を、口座振替により実施事業者へ支払います。
- 4 緊急事態発生時において、施錠等により入室できない場合は、必要箇所を破壊して住宅内に入ることに承諾し、また、その破壊箇所の修復について、一切その責任を問いません。
- 5 私が設置対象者でなくなったとき又は緊急通報装置が不要となったときは、速やかにその届出を行うとともに、緊急通報装置一式を返還します。また、緊急通報装置が毀損又は滅失したときは、私と私の親族の責任においてその費用を負担します。
- 6 緊急通報装置を接続している状態において発生した次の損害について、佐倉市及び実施事業者に対し一切その責任を問いません。
 - （1）電話回線を提供する事業者に起因する損害
 - （2）モデム、ルーター等の通信設備の停電、故障、設定変更等で通信環境が変化した場合における、受信センターに信号を送信できないことによる損害
 - （3）電話回線の通信状態が混雑した場合の通信失敗や延滞による損害
- 7 上記1～6について、世帯員及び緊急連絡先に記載された者の同意を得た上で市へ申請書を提出します。

佐倉市緊急通報サービス事業調査票

基本情報

フリガナ		生年月日	年 月 日生	
対象者氏名			() 歳	
住所	〒 ー 佐倉市			
固定電話		携帯電話		
※利用開始後、月に一度、委託事業者よりご様子確認の目的でお伺い電話をいたします。				
固定電話回線の種類	※回線によっては、固定型機種を利用できない場合があります。			
区分	<input type="checkbox"/> 75歳以上のひとり暮らしの者 <input type="checkbox"/> 75歳以上で、同居者に通報等の緊急時対応を期待できない者 <input type="checkbox"/> 65～74歳のひとり暮らしで、要援護状態にある者 <input type="checkbox"/> 65～74歳で要援護状態にあり、同居者に通報等の緊急時対応が期待できない者 <input type="checkbox"/> 重度身体障害者のひとり暮らしの者 <input type="checkbox"/> 重度身体障害者で、同居者に通報等の緊急時対応を期待できない者 <input type="checkbox"/> その他 ()			
要介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
障害等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳			
等級・障害程度	※障害者手帳がない場合は、記入不要			
ケアマネジャー・支援専門員	事業所・担当者氏名	電話番号		
現疾患・既往歴				
かかりつけ医療機関名		診療科		
所在地		電話番号		
日常生活において心配なこと	<input type="checkbox"/> 現疾患の急変 <input type="checkbox"/> 発作 <input type="checkbox"/> めまい・ふらつき <input type="checkbox"/> 麻痺・しびれ <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 独居の不安 <input type="checkbox"/> その他 ()			

世帯員情報

世帯員①	フリガナ		生年月日	年 月 日生
	氏名			() 歳
	続柄	要介護認定・障害・状況等		
世帯員②	フリガナ		生年月日	年 月 日生
	氏名			() 歳
	続柄	要介護認定・障害・状況等		

緊急連絡先・協力員

※緊急時に連絡が入ります。	親族等 緊急連絡先①	フリガナ		対象者 との続柄	
		氏名			
		住所	〒 —		
		固定電話		携帯電話	
	親族等 緊急連絡先②	フリガナ		対象者 との続柄	
		氏名			
		住所	〒 —		
		固定電話		携帯電話	
※現地の様子確認等を依頼します。	協力員①	フリガナ		対象者 との続柄	
		氏名			
		住所	〒 —		
		固定電話		携帯電話	
	協力員②	フリガナ		対象者 との続柄	
		氏名			
		住所	〒 —		
		固定電話		携帯電話	

その他

住環境	<input type="checkbox"/> 持家（戸建・マンション） <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 賃貸マンション・アパート <input type="checkbox"/> その他（ ）	普段生活する 部屋	
室内の設置 希望場所	※携帯型をご希望の場合は、記入不要		
設置前連絡先	※貸与決定後に委託事業者より連絡いたしますので、日程調整・設置時の対応が可能な方を選択してください。なお、「その他」の場合は、備考欄に、氏名・電話番号・対象者との関係をご記入ください。また、連絡時の特記事項等がある場合もご記入ください。 <input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先① <input type="checkbox"/> 緊急連絡先② <input type="checkbox"/> その他		
備考			

年 月 日

（宛先）佐倉市長

協力員 住 所
氏 名
電 話 番 号
対象者との関係

佐倉市緊急通報サービス事業協力員承諾書

（対象者氏名）

私は、下記の事項に同意し、_____様が申請し、緊急通報サービスの利用を開始した場合は、協力員になることを承諾します。

記

- 1 緊急通報装置の受信センターから緊急の連絡があり、利用者の状況確認を求められた場合は、速やかに現地を確認し、利用者への必要な助言、受信センターへの報告等を行うこと。
- 2 緊急通報装置の受信センターから緊急以外の連絡があった場合、その他必要に応じ、訪問又は電話により、利用者への助言、指導、情報提供等を行い、受信センターへの報告等を行うこと。
- 3 緊急時に迅速かつ適切に対処するため、自らの住所、氏名及び電話番号について、佐倉市八街市酒々井町消防組合及び緊急通報装置に係る委託事業者へ情報提供すること。