

様式第1号（第8条関係）

（表）

緊急通報システム事業利用申請書

年 月 日

（あて先）大阪狭山市福祉事務所長

住所 大阪狭山市

申請者 氏名 (対象者との続柄)

電話

緊急通報システム事業を利用するにあたり、次のとおり申し込みます。

対象者	世帯構成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> ひとり暮らしの重度身体障害者 <input type="checkbox"/> ねたきり高齢者 <input type="checkbox"/> ねたきり老人を介護する老人 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	(フリガナ)		
	氏名	性別 男・女	生年月日 年 月 日
	住所		電話番号
要介護認定		有・無	要介護度 非該当・要支援（1・2）・要介護（1・2・3・4・5）
身体障害者手帳	有・無	番号	第 号 交付年月日 年 月 日
		障害名	等級 種 級
緊急連絡先	氏名	続柄	住所 電話番号 住居
	(男・女)		同居・別居
	(男・女)		同居・別居
協力員	氏名	続柄	住所 電話番号
	(男・女)		
	(男・女)		

(裏)

1 現在の健康状態 (該当箇所の番号を○で囲んでください。)			
1 特に病気はない 2 持病があり、体力的にも弱い方である 3 病弱でよく医者にかかる 4 その他 ()			
2 過去に患った病気 (該当箇所の番号を○で囲んでください。)			
1 心臓疾患 2 脳卒中・脳血栓等 3 高血圧症 4 低血圧症 5 ぜんそく 6 糖尿病 7 リューマチ・神経痛 8 胃潰瘍 9 腎臓病 10 肝臓病 11 結核 12 白内障 13 骨折 14 その他 () 15 特になし			
3 現在患っている病気 (該当箇所の番号を○で囲んでください。)			
1 心臓疾患 2 脳卒中・脳血栓等 3 高血圧症 4 低血圧症 5 ぜんそく 6 糖尿病 7 リューマチ・神経痛 8 胃潰瘍 9 腎臓病 10 肝臓病 11 結核 12 白内障 13 骨折 14 その他 () 15 特になし			
4 現在の身体状況 (該当箇所の番号を○で囲んでください。)			
視力	1 普通 2 弱視 3 喪失	聴力	1 普通 2 やや難聴 3 難聴
言語	1 普通 2 障害あり 3 喪失	歩行	1 普通 2 歩行器・杖歩行 3 介助が必要
上肢	1 普通 2 やや不自由 3 不自由	記憶	1 普通 2 やや悪い 3 大変悪い
意思の疎通	1 普通 2 やや悪い 3 大変悪い		
5 現在かかっている医療機関 (医療機関名、所在地、電話番号等を記入してください。)			
医療機関名	所在地	主治医	病名
病院 医院 科	電話 ()		
病院 医院 科	電話 ()		
6 その他			