

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	☐ 高齢者のみで構成された世帯 ☐ ひとり暮らしの重度身体障害者 ☐ その他 ()				
	(フリガナ)		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名					
	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
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			