

緊急通報システム利用申込書

豊中市長 あて



申込者 住 所 _____
(本人または親族) 氏 名 _____ 続柄 () _____
電 話 _____ - _____ - _____

1. 利用者が緊急に対応する必要性が高い疾病を有する等、日常生活を営むうえで常時注意が必要な状態にあるため、本サービスを申し込みます。
2. 利用者・代理者・合鍵預託先・緊急連絡先の同意を得た上で、本サービスを申し込みます。

●申込区分 ※いずれかに☑してください。

申込区分	☐ 65 歳以上のひとり暮らしの者 ☐ 65 歳以上のみの世帯の者 ☐ 同居をする者が、就労又は就学若しくはやむをえない事情により不在となるため、居宅で一人となることが週 4 日以上かつ 1 日当たり概ね 8 時間程度となる期間が一定期間続く 65 歳以上の者 (→様式 4 号提出)
------	---

●利用者・緊急連絡先情報

ふりがな 氏 名			生年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)			
住所	〒 ー 豊中市						
固定電話			携帯電話				
緊急に対応が必要 な 病名・状態							
病院 1	病院 名			病院 2	病院 名		
	電話 番号				電話 番号		
	住所				住所		
緊急 連 絡 先	氏名		続柄	住 所		電話番号	
	ふりがな			〒 ー		【自宅】	
						【携帯】	
	ふりがな			〒 ー		【自宅】	
		【携帯】					

裏面もご記入ください

ふりがな 氏 名				生年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
緊急に対応が必要な病名・状態					
病院 1	病院 名		病院 2	病院 名	
	電話 番号			電話 番号	
	住所			住所	

合鍵預託先		☐ 協力員（様式 3 号を提出） ☐ 市の委託業者 ☐ キーボックス		
協力員情報				
	氏名	続柄	住 所	電話番号
協力員①	ふりがな			【自宅】
				【携帯】
協力員②	ふりがな			【自宅】
				【携帯】
キーボックス情報				
設置場所			開錠方法	

※キーボックス情報は緊急時に消防局へ共有します。

代理人氏名		続柄	
住所			
電話番号①		電話番号②	

電話回線	☐ NTT アナログ回線 ☐ その他（ ）
固定電話の 設置場所	※緊急通報装置は固定電話のそばに設置します。 ☐ リビング ☐ 台所 ☐ 寝室 ☐ その他（ ）
設置・定期点検の 日程調整先	☐ 本人 ☐ その他（氏名： 続柄： 電話番号： ）
備考 ※特記事項	

No :