

（宛先）旭川市長

| | |
|---------------------|---|
| 来庁者氏名 （窓口に来られた方） | □本人 □親族（ ） □その他（ ） （該当する□にレ印を記入してください。） |
|---------------------|---|

旭川市緊急通報システム事業の実施に関する条例第5条第1項（第9条第2項）の規定により、次のとおり緊急通報システム事業の利用・通報機器の貸与を申請します。

| | | | | | |
|-----|------------|--|--------------|------|------------------------|
| 申請者 | フリガナ | 氏名 | | 生年月日 | 明・大 年 月 日 昭・平 (満 歳) |
| | 住所 | 〒 — 旭川市 | | | |
| | 電話番号 | (0166) — — | (携帯電話) — — | | |
| | 要介護認定 | 有・無 | □要支援 □要介護（ ） | | |
| | 身体障害者手帳 | 有・無 | 級 | 血液型 | 型 RH(+・-) |
| | かかりつけの医療機関 | 所在地 | 名称 | | |
| | | 受診科目 | 疾患名 | | |
| | 住居の状況 | □自己所有 □借家 □その他（ ） | | | |
| | ガスの使用状況 | □都市ガス □プロパンガス □その他（ ） □使用していない | | | |
| | 申請の区分 | 1 一人暮らしの65歳以上の者で、身体虚弱のために緊急時に機敏に行動することが困難であるもの 2 一人暮らしの重度の身体障害者で、緊急時に機敏に行動することが困難であるもの 3 一人暮らしの者で、突発的に生命の危険をもたらすおそれのある慢性疾患を有するもの 4 寝たきりの状態又はこれに準ずる状態にある65歳以上の者で、65歳未満の者と同居していないもの 5 規則で定める地域に居住する75歳以上の者で、75歳未満の者と同居していないもの 6 1から5までに掲げる者と同等であると認められる者 7 自ら所有し、又は管理する通報機器を使用して緊急通報システム事業を利用しようとする者 | | | |

- (注) 1 該当する□にレ印を記入してください。
2 「申請の区分」欄は、該当する番号を○で囲んでください。

| | | | | |
|----------|--|--|------------------------------------|-------|
| 居住実態確認欄 | <input type="checkbox"/> 一人暮らし世帯（65歳以上） <input type="checkbox"/> 複数居住世帯（65歳以上のみ） <input type="checkbox"/> 一人暮らし世帯（65歳未満） <input type="checkbox"/> 複数居住世帯（65歳未満の居住あり） <input type="checkbox"/> 75歳以上のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | 受付日付印 |
| | 確認者： 所属 氏名 備考欄 _____ _____ | | | |
| （確認）添付書類 | 世帯員状況 | <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 住民票謄本 | 単・複 | / 確認 |
| | 市町村民税課税状況 | <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護手帳（写） <input type="checkbox"/> 本人確認証（写） □（ ） | 課・非 | / 確認 |
| | 所得状況（課税のみ） | <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 所得証明書 □（ ） | , , 円 | / 確認 |
| | 機敏行動困難 | <input type="checkbox"/> 身体の機能に係る評価 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証（写）※要介護1～5 | 要介護 | / 確認 |
| | 身体障害 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（写） | 級 | / 確認 |
| | 突発性慢性疾患 | <input type="checkbox"/> 医師診断書（写） <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証（写） □（ ） | | / 確認 |
| | 寝たきり度 | <input type="checkbox"/> 日常生活における自立に関する評価 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証（写）※要介護4・5 | 要介護 | / 確認 |
| 負担金 | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B | 0円 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 階層区分 | <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C4 | , 000円 | <input type="checkbox"/> 非該当（理由： ） | |

(裏面)

| | | | | | | |
|------|----------------|-------|---|------|------------|----------------|
| 同居者 | フリガナ 氏名 | | | 生年月日 | 明・大 昭・平 | 年 月 日 (満 歳) |
| | 要介護認定 | 有・無 | <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 () | | | |
| | 身体障害者手帳 | 有・無 | 級 | 血液型 | 型 RH(+・-) | |
| | かかりつけの 医療機関 | 所在地 | | | 名称 | |
| 受診科目 | | | | 疾患名 | | |

(注) 該当する□にレ印を記入してください。

| | | | | | | | |
|--------|------------|---------|--|---------|---|----------|-----|
| 近隣協力者1 | フリガナ 氏名 | | | 申請者との関係 | | 申請者の住居の鍵 | 有・無 |
| | 住所 | 〒 - 旭川市 | | | | | |
| | 電話番号 | - | | (携帯電話) | - | - | |
| 近隣協力者2 | フリガナ 氏名 | | | 申請者との関係 | | 申請者の住居の鍵 | 有・無 |
| | 住所 | 〒 - 旭川市 | | | | | |
| | 電話番号 | - | | (携帯電話) | - | - | |
| 親族 | フリガナ 氏名 | | | 申請者との関係 | | 申請者の住居の鍵 | 有・無 |
| | 住所 | 〒 - | | | | | |
| | 電話番号 | - | | (携帯電話) | - | - | |

代理人選任届

| | | | | | | | |
|---|------------|---------|--|---------|----------|---|--|
| 代理人 | フリガナ 氏名 | | | 申請者との関係 | | | |
| | 住所 | 〒 - 旭川市 | | | | | |
| | 電話番号 | - | | (携帯電話) | - | - | |
| 私は、緊急通報システム事業の利用申請に係る一切の手続きを、上記代理人に委任します。 | | | | 申請者氏名 | 令和 年 月 日 | | |

(注) 以下の欄は、申請の区分が7の場合に工事担当者が記入してください。

| | | | | | | |
|---------|-------|------------------|-------------------|-------|--|--|
| 利用通報機器等 | 型式・個数 | 緊急通報装置 | | 無線発信機 | | |
| | | 煙感知器 | | 熱感知器 | | |
| | | ガス漏れ警報器 | | | | |
| | | 付属機器1 | | 付属機器2 | | |
| | 工事日等 | 工事完了日 (利用開始日) | 年 月 日 (新規・再利用・更新) | | | |
| 工事担当者住所 | | | | | | |
| 工事担当者名 | | | 電話番号 | - | | |