

港区事業者方式救急通報システム利用申請書

年 月 日

（宛先） 港区長

〔届出者〕 住所

氏名

電話 ()

救急通報システムの利用について、下記のとおり申請します。

利用者	住 所		電 話		
	〒 港区 (マンション名・部屋番号)		自宅 ()	携帯 ()	
	氏 名		生 年 月 日		血液型
	(フリガナ)		年 月 日 (歳)		型
	身体 の 状 況		日 常 生 活 の 状 況		
	主な病気： 病院名： 主治医： 電 話：				
	身体障害者手帳 ※お持ちの方 のみ記入	番 号： 第 種	都道府県市 号 級	難病認定名等 ※難病患者の方 のみ記入	
同居家族 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつけ、 ありの場合は氏名等を記入	氏 名		続 柄	年 齢	
ライフリズムセンサー設置	<input type="checkbox"/> 12時間 ・ <input type="checkbox"/> 24時間 ・ <input type="checkbox"/> なし ※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつける				
住所の目印（建物、店舗等）					
・ 申請区分 <input type="checkbox"/> 高齢者 ・ <input type="checkbox"/> 障害者 ※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつける ・ 事前調査日時 <input type="checkbox"/> 決定済 ・ <input type="checkbox"/> 未決定 ※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつける ・ 事前調査日時未決定の場合、日時調整の連絡先 ※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつけ、必要事項を記入 <input type="checkbox"/> 本人への連絡を希望 <input type="checkbox"/> 本人以外への連絡を希望 氏名 _____ 続柄 _____ 電話 _____					

<処理欄>		<受付印>
登録番号 ()		
事前調査日時 年 月 日 () 時 分～		

港区事業者方式救急通報システム利用確認書

(宛先) 港区長

救急通報システムを利用するに当たり、下記事項を確認します。

本人署名

代筆者氏名

(続柄)

※本人が署名できない場合は、本人の了解を得て、家族・ケアマネジャー等が本人署名欄を代筆の上、代筆者氏名も記入してください。

1 緊急事態発生の場合は、下記親族等に連絡をお願いします。

氏名(フリガナ)	続柄	住所	電話
			自宅 携帯
			自宅 携帯

2 機器の設置又は撤去に伴う家屋の必要な破損(コンセント改造を含む)については、港区に責任を問いません。また、機器撤去後、設置場所の原状回復義務が生じる場合は、私が責任を負います。

3 港区の契約する事業者にて自宅の玄関の鍵を預けることに同意します。

4 緊急通報を発生し、専門業者又は東京消防庁から確認電話に応答しない場合は、関係機関及び専門の現場派遣員等の住居内への立入りを認め、これにより住宅等の一部に破損が生じても、修復責任は問いません。

5 貸与された救急通報システム機器は十分に注意をもって使用し、貸与の目的に反して使用し、譲渡し、貸し付け又は担保に供しません。また、機器設置後、機器の保守点検に協力します。

6 私の責任により機器の一部又は全部を破損し、又は紛失したときは、直ちに港区に申し出た上、港区の契約する事業者にて実費を弁償します。

7 利用申請書(表面)及びこの確認書の内容に変更があった場合は、速やかに港区に届け出ます。また、貸与された救急通報システム機器を必要としなくなった場合は、速やかに港区に連絡のうえ返還します。

8 機器の作動に要する電気代等は私が負担します。

9 記載した事項について、東京消防庁、警察署その他関係機関へ情報提供することに同意します。