

年 月 日

福井市長 様

住 所 福井市

申請者

氏 名

(※) 本人が手書きしない場合は、自署又は記名押印してください。

緊急通報体制整備事業申請書

次のとおり、緊急通報装置等設置・貸与、短縮ボタン登録を申請します。

ふりがな 氏 名 (申請者)		生年 月日	大 ・ 昭 (歳)	血液型	
ふりがな 同居者		生年 月日	大 ・ 昭 (歳)	血液型	
住 所	福井市	電話番号			
		携帯電話		iOS Android	
健康状態	病名	心身の状態			
かかりつけ 医療機関	名称	住所		主治医	
介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 非該当	居宅介護支援 事業者			
		電話番号			
身体障害者手帳の有無	有 種 級 障害名 () ・ 無				
民生児童委員	() 民協 氏名 ()				
緊急通報装置の 設置希望場所	居間 寝室 玄関 その他 ()				
生活反応センサーの 利用希望の有無	有 <input type="checkbox"/> 認知症又は認知症疑い ・ 無 <input type="checkbox"/> 常時観察を要する疾病 <input type="checkbox"/> その他 ()				
生活反応センサーの 設置希望場所	居間 寝室 玄関 その他 ()				
鍵預かりの説明	<input type="checkbox"/> 済 (同意の有無 :) <input type="checkbox"/> 未 鍵を預ける ・ キーボックス (自費2,000円) 設置を希望する				

