

|                                  |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                       |                     |     |       |  |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----|-------|--|
| 福井市長 様                           |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                       |                     |     | 年 月 日 |  |
| 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、見守りICT機器の設置を申請します。         |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                       |                     |     |       |  |
| ふり がな<br>氏 名<br>(申請者)            |                                                                                                                                                                                                           | 生年<br>月 日                                                                                             | 明 年 月 日<br>大 昭 ( 歳) | 血液型 |       |  |
| ふり がな<br>同 居 者                   |                                                                                                                                                                                                           | 生年<br>月 日                                                                                             | 明 年 月 日<br>大 昭 ( 歳) | 血液型 |       |  |
| 住 所                              | 福井市                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                       | 電話番号                |     |       |  |
|                                  |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                       | 携帯電話                |     |       |  |
| 健康状態                             | 病名                                                                                                                                                                                                        | 心身の状態                                                                                                 |                     |     |       |  |
|                                  |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                       |                     |     |       |  |
| かかりつけ<br>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<br><input type="checkbox"/> 事業対象者<br><input type="checkbox"/> 要支援 (    )<br><input type="checkbox"/> 要介護 (    )<br><input type="checkbox"/> 非該当 | 居宅介護支援<br>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 (                                  )      |                     |     |       |  |
| 確 認 事 項                          |                                                                                                                                                                                                           | 近隣に住む子供や親戚などにより、安否の確認が<br>(    できる    ・    できない    )                                                  |                     |     |       |  |

緊急連絡先

| 氏 名 | 続柄 | 住 所 | メールアドレス<br><u>※必須</u> | 電話番号   |
|-----|----|-----|-----------------------|--------|
|     |    |     |                       | (携帯電話) |
|     |    |     |                       |        |
|     |    |     |                       |        |
|     |    |     |                       |        |

【特記事項】

(同居者の状態) 携帯番号

|               |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                   |     |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 健康状態          | 病名                                                                                                                                                                                                        | 心身の状態                                                                                             |     |
|               |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                   |     |
| かかりつけ<br>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<br><input type="checkbox"/> 事業対象者<br><input type="checkbox"/> 要支援（     ）<br><input type="checkbox"/> 要介護（     ）<br><input type="checkbox"/> 非該当 | 居宅介護支援<br>事業者                                                                                     |     |
|               |                                                                                                                                                                                                           | 電話番号                                                                                              |     |
| 身体障害者手帳の有無    |                                                                                                                                                                                                           | 有                  種                  級        障害名（                                  ） ・        無 |     |

地域包括支援センターの意見（携帯電話を所有しているが見守りICT機器の設置を申請する場合は、理由を記載してください。）

|                                                                                 |                                 |                                |                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <div style="text-align: center;">             包括支援センター      担当           </div> |                                 |                                |                                 |
| ひとり暮らし等高齢者登録                                                                    | <input type="checkbox"/> ひとり暮らし | <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 | <input type="checkbox"/> その他の世帯 |