

様式第1 (第5条関係)

緊急通報装置設置申請書

年 月 日

知立市長

様

申請者 住所

氏名

下記により、緊急通報装置を設置してくださるよう申請いたします。

記

住 所				電話	一		
フリガナ			性別	生年月日			血液型
氏名			男・女	年 月 日			型
病名			アレルギー	無・有		障害	
世帯の状況	氏名		続柄	生年月日		装置の種類	
						<input type="checkbox"/> 固定型	
						<input type="checkbox"/> 通信機能搭載型	
障害者の場合	身障者手帳交付年月日 年 月 日 級 障害区分						
親族	住所				電話		
	氏名				続柄		
協力員1	住所				電話		
	氏名				続柄		
協力員2	住所				電話		
	氏名				続柄		

＜かかりつけ医療機関＞

医療機関				電話		
住 所						
主治医		診療科		夜間対応（有・無）	患者番号	
医療機関				電話		
住 所						
主治医		診療科		夜間対応（有・無）	患者番号	

様式第2 (第5条関係)

同 意 書

年 月 日

知立市長 様

住 所

氏 名

※氏名を自署する場合、押印は省略できます

緊急通報装置の設置が決定されたときは、貴市が委託した緊急通報業務を行う事業者及び衣浦東部広域連合に緊急通報装置設置申請書に記載された情報を提供することに同意します。

なお、緊急通報装置の機器を破損し、又は滅失したときには、直ちにその状況を報告し、損害に係る費用を弁償します。