

|     |              |
|-----|--------------|
| 訪問日 | 年 月 日( ) : ~ |
|-----|--------------|

## 高齢者等緊急通報装置給付申請書

申請日 年 月 日

高石市長 様

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

下記のとおり緊急通報装置の給付を申請します。  
また、対象者情報を緊急通報装置のセンター装置に登録することを承認します。

|                       |  |     |    |             |     |    |  |      |                          |   |         |   |  |
|-----------------------|--|-----|----|-------------|-----|----|--|------|--------------------------|---|---------|---|--|
| 対象者                   | フリガナ   |     |    | 性別          | 男・女 | 年齢 |  |      | 生年月日                     | 年 | 月       | 日 |  |
|                       | 氏名   |     |    |             |     |    |  | 電話番号 | 自宅<br>携帯                 |   |         |   |  |
|                       | 住所   | 高石市 |    |             |     |    |  |      |                          |   |         |   |  |
| 状況                    | 高齢者 ・ 重度身体障がい者   |     |    |             |     |    |  |      |                          |   |         |   |  |
| 申請理由                  | <input type="checkbox"/> 高齢者又は重度身体障がい者のみで構成する世帯であり、緊急時の対応が困難であるため、装置の給付を受けたいので申請します。                                   |     |    |             |     |    |  |      |                          |   | 民生委員承認欄 |   |  |
|                       | <input type="checkbox"/> 同居者が日中又は夜間の大半において不在となるため、一時的に高齢者又は重度身体障がい者のみで構成する世帯となることにより、緊急時の対応が困難であるため、装置の給付を受けたいので申請します。 |     |    |             |     |    |  |      |                          |   |         |   |  |
| 既往歴                   |  |     |    |             |     |    |  |      |                          |   |         |   |  |
| つか<br>かけ<br>医<br>り    |  |     |    |             |     |    |  | 介護認定 | 要支援 1・2<br>要介護 1・2・3・4・5 |   |         |   |  |
| 親<br>族<br>の<br>状<br>況 | 氏名   | 続柄  | 年齢 | 合鍵所持<br>の有無 | 住 所 |    |  |      | 電話番号                     |   |         |   |  |
|                       |  |     |    | 有・無         |     |    |  |      |                          |   |         |   |  |
|                       |  |     |    | 有・無         |     |    |  |      |                          |   |         |   |  |
|                       |  |     |    | 有・無         |     |    |  |      |                          |   |         |   |  |
|                       |  |     |    | 有・無         |     |    |  |      |                          |   |         |   |  |