

様式第 1 号（第 4 条関係）

新座市ひとり暮らし高齢者、重度身体障がい者等緊急通報システム利用申請書

年 月 日

（申請先）新座市長

住 所 _____
申請者 氏 名 _____
電 話 番 号 _____

新座市ひとり暮らし高齢者、重度身体障がい者等緊急通報システムを利用したので、新座市ひとり暮らし高齢者、重度身体障がい者等緊急通報システム実施要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

1. 対象者情報

(フリガナ)		生年月日	年 月 日					
氏 名		(年齢)	(歳)					
住 所	新座市							
固 定 電 話		携帯電話						
現在の様子①	☐ ひとり暮らし ☐ 日中又は夜間 ひとり暮らし <table><tr><td>1 週間のうち、</td><td>日以上</td></tr><tr><td>1 日のうち、</td><td>時間以上</td></tr></table> ☐ その他 <table><tr><td>詳細</td></tr></table>			1 週間のうち、	日以上	1 日のうち、	時間以上	詳細
1 週間のうち、	日以上							
1 日のうち、	時間以上							
詳細								
現在の様子② ※慢性的な心疾患等がある状態…脳血管疾患、心疾患又は呼吸器疾患等により生命にかかわる発作等が起こる可能性があり、日常生活を営む上で常時注意を要する状態	☐ 慢性的な心疾患等あり・ ☐ 慢性的な心疾患等なし							
		傷病名	かかりつけ病院 (電話番号)					
	現病歴							
	既往歴							
現在の様子③	☐ 身体障がい者手帳 1 級・ ☐ 身体障がい者手帳 2 級 ☐ 上記どちらにも該当なし							

(裏面に続く)

携帯電話変換装置 設置希望有無	☐ 設置を希望する・ ☐ 設置を希望しない ※設置を希望する場合、月額 1,023 円（税込）
--------------------	--

2. 緊急連絡先情報（緊急時に消防署から連絡を受けることができる方）

氏名	続柄	住所	電話番号
		〒	
		〒	
		〒	

3. その他

申請書記載欄のほかに記載すべき事項がある場合のみ記載すること

例：高齢者のみ世帯だが、同居者に知的障がいがあり、消防に通報できる方が実質 1 人となっているため、緊急通報システムの利用を希望する。

< 参考 >

(1) 別紙「誓約書」及び「個人情報利用目的外利用同意書」を添付すること

(2) 申請書提出者 氏 名 _____ 続柄 ()
電話番号 _____

(3) 設置時の日程調整先 氏 名 _____ 続柄 ()
電話番号 _____

様式第2号（第4条関係）

ひとり暮らし高齢者、重度身体障がい者等緊急通報システム利用誓約書

年 月 日

（宛先）新座市長

対象者氏名： _____

私は、新座市ひとり暮らし高齢者、重度身体障がい者等緊急通報システムを利用するに当たり、下記の事項を遵守することを誓約いたします。

記

1. 以下の事項を承諾します。

- (1) 「ひとり暮らし高齢者等緊急通報システム利用申請書」に記載した事項について、本事業の委託業者及び埼玉県南西部消防局へ情報提供すること。
- (2) 緊急通報を発信し、その後消防本部から折返しの連絡に応答しないときは、消防職員等が室内へ立ち入ること。
- (3) 緊急時は、やむを得ず、ドア及び窓等を壊して、救助者が入室する場合があること。
- (4) 火災の防止を目的とした住宅防火診断の際、「ひとり暮らし高齢者等緊急通報システム利用申請書」に記載した事項について、埼玉県南西部消防局へ情報提供すること。
- (5) 対象者の情報（氏名、住所、世帯状況、連絡先等）に変更が生じた場合は、速やかに市に届け出ること。
- (6) システムが不要となった場合には、速やかに市に返却すること

2. 以下のいずれかの事項に該当するときは、市から貸与されているシステム及びシステム機器の設置に要した費用（利用者及び市の負担金）の全部又は一部を返還します。

- (1) 対象者要件に該当しなくなったとき。
- (2) 虚偽の申請により緊急通報システムの設置を受けたとき。
- (3) 正当な理由なく、3か月以上、利用者負担金を支払わないとき。
- (4) 当誓約書の内容に違反したとき。
- (5) 対象者による事業の利用について市長が適当でないと認めたとき。

3. 以下の事項に該当するときは、その費用を負担します。

- (1) 破損又は紛失した機械に係る弁償費
- (2) 電話会社及び電話番号等を変更した際のシステム変更に係る費用

個人情報利用目的外利用同意書

年 月 日

本同意書を提出した日から本市の高齢者又は障がい者福祉サービス等を廃止するまでの期間、以下の者の住民基本台帳情報、介護保険情報及び障がい者に係る情報に関して、関連部局に確認することに同意します。

同意者

※ 対象者及び対象者と同居している全ての方

同意者住所及び氏名		続柄
対象者	住 所 新座市	本人
	氏 名	
対象者と同居している方	氏 名	
	氏 名	
	氏 名	
	氏 名	
	氏 名	
	氏 名	

※ 確認した個人情報は、その目的の範囲を超えて利用することはありません。