

様式第1号(第4条関係)

利用申込書兼台帳

令和4年4月1日

(あて先) 大東市長

本人または家族を記載。
(決定通知先になります)

(申込者) 住 所 大東市谷川1-1-1

氏 名 大東 一郎

(対象者との続柄等) 長男

電話番号 080-1234-5678

あんしん・通報システム事業の利用について、大東市あんしん・通報システム事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申し込みます。

記

対象者	住 所	大東市谷川1-1-1			
	氏 名	大東 太郎	性別	男 ・ 女	
	生 年 月 日	昭和39年 10月 1日 (満57歳)			
	要 介 護 度	非該当 ・ 要支援(1・2) ・ 要介護(1・2・3・4・5)			
	身体障害者手帳	1級 ・ 2級			
近親者	氏 名	年齢	続柄	住所及び連絡先	電 話 番 号
	大東 一郎	35	長男	大東市谷川1-1-1	080-1234-5678
	小西 一子	32	長女	東京都府中市是政1-1	090-1234-5678
協力者	通報順位	氏 名	続柄	住 所	電 話 番 号
	1	大東 一郎	長男	大東市谷川1-1-1	080-1234-5678
	2	中北 友子	知人	大東市谷川3-1-1	090-1234-5678
	3	小南 智夫	知人	大東市平野屋3-1-1	070-1234-5678

(注) 協力者欄には、協力者の氏名を記入すること。

必ず3位まで埋めてもらう。3位が空く場合は、「大東消防署」を入れても可。空欄不可。

く。)を得

(裏面)

<p>あんしん・通報システム事業の利用が必要な理由</p> <p>長男と二人世帯であるが、平日の日中は長男が出勤のため本人が一人で過ごしている。本人はALSによる四肢麻痺があり、電話を自力で発信することも困難であるため、本事業の利用を希望する。</p>		
電話回線の種類	<p>NTTアナログ回線・その他</p> <p>(NTT光電話)</p>	
主な病名	ALS	
かかりつけの医療機関	名称	野崎徳洲会病院
	所在地	大東市谷川2-10-50
	電話番号	072-870-1641
	主治医	整形外科 田中先生