

登録番号	
------	--

柏原市緊急通報システム登録台帳

1 緊急通報システム対象者

住所	柏原市			血液型	型
フリガナ				性別	電話番号
氏名					
				男・女	身体の状況
生年月日	大・昭 年 月 日(歳)			ねたきり・認知症・虚弱	
同居者の有無	フリガナ			性別	生年月日
有・無	氏名			男・女	大・昭 年 月 日(歳)

2 ご利用の電話回線の種類

電話回線の種類	<input type="checkbox"/> NTT回線
	<input type="checkbox"/> NTT回線以外の電話回線()
	<input type="checkbox"/> 緊急通報装置を設置できない電話回線()
	<input type="checkbox"/> 固定電話回線を利用していない

3 緊急連絡先(協力員)

対象者の緊急通報先及び協力員として登録することに同意します。

住所	柏原市			続柄	民生委員	力ギ 有・無	
氏名			電話番号				
①	住所	〒			続柄		力ギ 有・無
	氏名			電話番号			
②	住所	〒			続柄		力ギ 有・無
	氏名			電話番号			

4 本人の近親者(連絡先)

氏名	続柄	年齢	住所	電話番号

5 同意事項

- 私は、緊急通報システム事業で、この台帳に記載している私の個人情報を登録します。
- 安否確認のため必要な場合は、私に関する市や関係機関が保有する情報を閲覧することに同意します。
- 登録台帳に記載した情報や安否確認のため閲覧した情報については、設置事業者、大阪南消防組合および関係機関へ情報提供することに同意します。
- 緊急通報を発した場合(救護の要請)や安否確認できず生命の危機が疑われる場合は、大阪南消防組合、警察、関係機関等の住宅内への立ち入りを認めます。
- 4により住宅への立ち入りが行われた場合には、住宅等の一部に破損が生じても、その賠償責任を問わず、損失補償も求めません。

柏原市長 様

(対象者) 住 所

氏 名

6 かかりつけ医療機関

医療機関名		電話番号	
主 病 名			

7 保険関係

種 類	長寿・国保・社保・生保・その他()	身体障害者手帳	有・無
記号番号		療育手帳	有・無
被保険者		手帳番号	

8 血液型証明書

(必須ではありません。お持ちの血液型証明書等がありましたらコピーを添付ください)

ここに貼り付け
てください

※費用負担

無料(ただし、維持費として毎月40~50円程度の費用が発生します。)