

緊急通報システム利用者連絡票

(長寿支援課)

登録番号		登録年月日	年 月 日	設置年月日	年 月 日
フリガナ		男	血液型	生年月日	
氏名		女		年 月 日	
住所	川口市			電話	
緊急連絡先	氏名	続柄	住所		電話
					(携)
					(携)
世帯状況	氏名	続柄	緊急時の進入口・鍵の預け先等		
			例) キーボックスあり(番号:0000) 例) 玄関向かって左側の部屋のガラス戸を割る 例) 緊急連絡先の長女が自宅の鍵を預かっている _____ _____ _____		
障害手帳					
	級	障害名			
かかりつけ医療機関	医療機関名	電話	病名		
住居の状況					
<input type="checkbox"/> 一戸建て		<input type="checkbox"/> マンション (階)		<input type="checkbox"/> アパート (階)	

川口市緊急通報システム事業の利用に際し、次に掲げる事項について同意します。
 次の事項について確認のうえ、□に✓をし、署名してください。

- 緊急通報システム事業を利用するにあたり、当装置の返却までの間、その使用に係る情報を関係者に提供すること。
- 緊急通報を発したときには、関係機関等の住宅内への立ち入りを認め、その際に住宅等の一部に破損が生じても修復責任を問わないこと。
- 緊急通報装置が不要となったとき及び要件を欠いたときは、速やかに市へ連絡し、当装置を返却すること。また、機器の破損・紛失については修理費を全額負担すること。

署名 (利用者): _____