

緊急通報サービス利用申請書

年 月 日

平群町長 様

申請者 住 所
名 前
電話番号

緊急通報サービスを利用したいので、下記のとおり申請します。

	ふりがな			男	生年月日	年 月 日	
	名 前			女	血液型	型	
利 用 者	(住 所) 平群町 (電話番号 - -)						
	家 族 の 状 況	ふりがな 名 前	続柄	年齢	住 所	電 話 携帯電話	
					〒 -		
					〒 -		
	主な病名等		の か か り つ け の 医 療 機 関	名 称			
				所在地			
				電 話			
				主治医			
	協 力 員	順位	名 前	性別	続柄	住 所	電 話 番 号
		1					
2							
民生委員							
確 認	※上記の状態であることを確認する。 令和 年 月 日 所属 福祉こども課 印						

※印の欄は記入しないでください。

裏面もご記入ください。

＜平群町緊急通報サービス 携帯型緊急通報装置 利用承諾書＞

年 月 日

平群町長 様

利用者 住 所
名 前
電話番号

私は、下記の【利用承諾前のご確認事項】を理解した上で、「平群町緊急通報サービス 携帯型緊急通報装置（以下、モバイル型装置という。）」を利用するにあたり、以下の内容を理解し、承諾いたします。なお、承諾事項を遵守せず利用し、正常な対応ができない場合には、平群町および委託業者への異議申し立てを一切行わないことについても同意いたします。

記

【利用承諾前のご確認事項】

1. 緊急通報を発し、確認電話に応答しない場合は、協力員、関係機関等が住宅内へ立ち入ること。
2. 緊急時に協力員、関係機関等が住宅内へ立ち入る場合、必要かつやむを得ない行為により住宅等の一部に受けた損害については、その責めは負わないこと。
3. モバイル型装置の使用方法（充電・受発信方法）を理解し、利用すること。
4. モバイル型装置は自宅敷地内のみで利用できることを理解し、自宅敷地内以外では利用することができないこと。
5. モバイル型装置の設置時に通報テストを行い、自宅敷地内であっても利用できない場合があり、その場所ではモバイル型装置を利用しないこと。
6. モバイル型装置を破壊、毀損、紛失等しないよう管理し、万が一毀損、紛失した場合は保証金等が発生することがあること。
7. 月に1度通報テストのためのお伺い電話を行うため、委託業者からの連絡があった場合はその指示に従うこと。
8. ソフトバンクのサービス提供地域のみ利用できること。
9. 利用者本人に連絡するためのモバイル型装置以外の連絡手段が必要であること。
10. ソフトバンクの通信障害等で利用できないことがあること。
11. その他モバイル型装置について平群町および委託業者からの指示があった場合は従うこと。

以上