

年 月 日

承諾書・誓約書

蒲 郡 市 長 様

申請者

住 所 蒲郡市

氏 名 ⑩

下記の事項について承諾します。

- 1 緊急通報装置により訪問した協力者等が、必要な範囲において私の住居又は敷地に立ち入ること。
- 2 緊急通報装置により訪問した協力者等が安否を確認するために行なった必要かつ、やむを得ない行為により受けた損害については、蒲郡市又は協力者等はその責めを負わないこと。
- 3 緊急通報装置の実施中に発生した事故については、故意又は重大な過失によるものを除き、蒲郡市又は協力者等はその責めを負わないこと。
- 4 緊急通報装置に係る所定の通話料及び回線使用料の未納により、当該機器の機能が損なわれたときは、緊急通報装置の貸与を解除すること。

下記の事項について誓約します。

- 1 蒲郡市緊急通報装置設置事業実施要綱の規定を遵守すること。
- 2 緊急通報装置に係る所定の通話料及び回線使用料を指定の期日までに支払うこと。
- 3 緊急通報装置が不要になったときは、速やかに市に返還すること。
- 4 貸与された緊急通報装置は、損傷・破損することがないように管理すること。
- 5 緊急通報装置を紛失し、又は破損した場合は、再購入等に必要な経費を支払うこと。

緊急通報装置利用申請書

年 月 日

蒲 郡 市 長 様

申請者 住 所

氏 名	Ⓜ 男・女
明治・大正・昭和	年 月 日生(歳)
電 話	- -

下記のとおり緊急通報機器の貸与を申請します。

※ 緊急時の連絡先は、必ず記入してください。

緊急時の連絡先	第1通報先	氏 名		続 柄	
		住 所		電 話	- -
	第2通報先	氏 名		続 柄	
		住 所		電 話	- -
	第3通報先	氏 名		続 柄	
		住 所		電 話	- -
親族等の連絡先	氏 名		続 柄		
	住 所		電 話	- -	
	氏 名		続 柄		
	住 所		電 話	- -	
健康管理状況	主治医の有無	有 (病院・医院) ・ 無			
	診 療 状 況	(1) 心疾患 (狭心症・心筋梗塞・) (2) 脳血管疾患 (脳梗塞・脳出血・) (3) 慢性肺疾患 (慢性呼吸不全・気管支喘息・) (4) 神経疾患等 (パーキンソン病・) 事故等 (脊髄損傷・) (5) その他 ()			
	入院したことの有無及び時期	有 (病院・医院) ・ 無			
		年 月 日	(入院期間	日・月)	