

第1号様式（第5条関係）

瀬戸市緊急通報受信センター登録申請書

年 月 日

（宛先）瀬戸市長

私は、瀬戸市緊急通報受信センター事業の実施に当たり、下記の各号に掲げる事項に同意し、次のとおり受信センターの登録を申請します。

- 瀬戸市緊急通報受信センター事業における目的の範囲内において、本書の内容を消防署員や市職員等の関係者（以下「関係者」という。）に提示すること。
- 緊急通報対応を行う場合、内鍵の施錠等により入室できない場合は、必要な箇所を破壊し、関係者が自宅に立ち入り、事態に対応すること。
- 前項による自宅への立ち入りにより、自宅等の一部に破損が生じても関係者に賠償責任を問わず、損失補償も求めないこと。
- 第2項による自宅への立ち入りの結果、病院等に搬送された場合、無人となった自宅に対する管理責任を関係者に求めないこと。
- 瀬戸市介護保険事業運営要綱第1号様式及び第65号様式にて被保険者証・介護認定給付関係書類の送付先変更を届け出ている場合においては、当事業の送付物についても同様に扱うこと。

申請者 (登録者)	住所	瀬戸市		
	氏名		性別	男・女
	生年月日	M・T S・H	電話番号	()
	身体障害者手帳・等級	有(第 級)・無		

緊急通報協力員				
1	氏名		続柄	1 子 2 兄弟姉妹 3 知人 4 その他 ()
	住所		電話	()
2	氏名		続柄	1 子 2 兄弟姉妹 3 知人 4 その他 ()
	住所		電話	()
3	氏名		続柄	1 子 2 兄弟姉妹 3 知人 4 その他 ()
	住所		電話	()
緊急通報受信センターの通報順位				第 位

※受付職員の確認欄（下記の記入は不要です）

受付	世帯状況	年齢確認	身体障害者手帳・等級	設置状況
	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> 70歳以上	<input type="checkbox"/> 第1級 <input type="checkbox"/> 第2級	<input type="checkbox"/> 瀬戸市貸与 <input type="checkbox"/> 自費負担