

（宛先）  
 概ね30分以内に来られる  
 場所に住んでいる介護者を  
 記入してください。

通報システム利用申込書

介護者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_

高齢者住宅火災直接通報システムを利用したいので、小金井市高齢者住宅火災直接通報システム事業実施要綱第5条第1号の規定により下記のとおり申し込みます。

なお、申込みに際し、内容の確認が必要なときは、市長が公簿等により確認することに同意します。また、緊急時等必要があるときは、市長が関係機関に情報の提供をすることに同意します。

同居の方がいる場合は、この欄に記入してください。

利 用 者	小金井市		町	丁目	番	号	電話
	氏 名	ふりがな			生 年 月 日	年 月 日生 ( ) 歳	
		氏 名	続柄	年齢		住 所	電 話
	家族の状況						
認 知 症 等 の 状 況 確 認 欄	通院先				主治		
	要介護認定（該当部分に○をお願いします。）			要支援1		要介護5	
				要介護2		要介護3	
				要介護4		要介護5	
介護者及び利用者は、市が、利用者に認知症の診断があり、認知症の状態が「火又は煙を発見したときに、119番通報を行う危険性が高い状態」であるかを確認するために、小金井市介護認定審査会に提出された利用者についての資料及びその結果を閲覧することに同意します。							
介護者署名 _____				利用者署名 _____			

同居の方がいる場合は、その方のご署名も必要です。（2行でお願いします。）

自署でお願いします。

※ この届出項目は、電子計算組織に登録されます。