

民間緊急通報システム「マモルくん」利用申請書

江戸川区長 殿

申請日 令和6年4月1日

申請者 利用者	住所	江戸川区中央〇-〇-〇 〇号室 建物名称：〇〇マンション 住居状況：専用住宅 共同住宅 店舗併用住宅・店舗併用共同住宅					
	電話	03 (1234) 5678 携帯電話 090 (1234) 5678					
	フリガナ 氏名	Edogawa Ichiro 江戸川 太郎	生年	S20年4月1日			
同居者 ※いない場合は氏名		氏名			続柄	生年月日	障害の有無
江戸川 花子		妻	昭和20年6月1日		有	<input checked="" type="radio"/> 無	
江戸川 花子		同居者もしくは江戸川区内に居住する同居以外の親族 がない場合は、氏名欄に“なし”とご記入ください。			親等以内の なし」と記入		障害の有無
江戸川 一郎		長男	江戸川区東小岩〇-〇-〇		昭和〇年〇月〇日	<input checked="" type="radio"/> 無	
連絡先は知人等、親族以外の方でも構いません。連絡先1名選出は必須です。連絡先になる方自身をご記入ください。		有・無					

利用者の安心のために、江戸川区が私の氏名、住所、電話番号、申請者との続柄等について、東京消防庁の江戸川区の契約する事業者へ情報提供することに同意します。										
連絡先1 (必須)	フリガナ 氏名	Edogawa Ichiro 江戸川 一郎	続柄等	長男	住所	江戸川区東小岩〇-〇-〇	電話	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	携帯電話	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
連絡先2 (任意)	フリガナ 氏名	いずれかにチェックをつけてください。 その他にチェックした場合は下記にご記入ください。								

記入者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 連絡先1と同じ	<input type="checkbox"/> 連絡先2と同じ	<input checked="" type="checkbox"/> その他	
その他の場合、下記にご記入ください。					
氏名	江戸川 花子	続柄等	妻	電話	070 (9876) 5432
住所	江戸川区中央〇-〇-〇 〇〇マンション〇号室				

-----以下は記入しないでください。-----

受付窓口	受付日	受付者	特記事項

裏面に続きます。

(裏)

※ 申請書表面で記入しきれない場合、ご利用ください。

同居者（表面の続き）				
氏名	続柄等	生年月日	障害の有無	
			有・無	
			有・無	
			有・無	
			有・無	

江戸川区内に居住する同居以外の親族（表面の続き）				
氏名	続柄等	住所	生年月日	障害の有無
		江戸川区		有・無
		江戸川区		有・無
		江戸川区		有・無
		江戸川区		有・無
		江戸川区		有・無
		江戸川区		有・無

日程調整のご連絡先や、入院中の方で退院予定日など連絡事項がありましたら、ご記入ください。

連絡は妻の江戸川花子へお願いします。

現在入院中ですが、4月10日に退院の予定です。

連絡事項をご記入ください。

民間緊急通報システム「マモルくん」利用確認書 令和4年4月改正

江戸川区長 殿
(委託警備業者名) 殿

利用者 住所: 江戸川区中央〇-〇-〇 〇号室 〇〇マンション

氏名: 江戸川 太郎

確認日 令和6年 4月 1日

私は、民間緊急通報システム

内容をご確認の上、住所・氏名・確認日をご記入ください。

(利用料金について)

- 1 利用料金決定のため、江戸川区（以下「区」といいます。）が保有する情報により私及び私と同一世帯に属する者の課税状況、生活保護受給状況並びに親族の居住状況等を確認することに同意します。
- 2 区が定めた利用料金を、支払期日までに区がこの民間緊急通報システム事業を委託した事業者（以下「事業者」といいます。）の指定する方法により直接事業者に支払います。
- 3 支払期日までに支払を怠り、又は支払が困難な事由が生じたときは、速やかに事業者に状況を報告し、事業者から請求、督促等を受けた場合は支払に向けて誠実に対応することとし、その他利用料金の未払等については、私と事業者の間で解決を図ります。
- 4 支払を遅滞した場合、事業者が私と区の支払遅滞等に係る情報を共有し、民間緊急通報システムの利用取消し又は利用停止等を受ける場合があることを了解し、区と事業者間の情報共有に同意します。区から利用取消しを受けた場合、速やかに事業者に機器を返還します。
- 5 虚偽の申請により機器の設置を受け、又は現況届出を怠ったこと等により、区が事業者に支払った助成額に過払いが生じた場合、区が過分に負担した助成額を速やかに区に返還します。

(機器の設置及び管理について)

- 6 機器の設置に伴い、住宅等の一部に破損が生じても区及び事業者に対し修復責任を問いません。
- 7 事業者に所定の本数の自宅の合鍵を預けます。
- 8 緊急の場合は、合鍵を使って事業者が住宅内に立ち入ることを認めます。合鍵だけで開かない場合、必要箇所を壊し事業者が住宅内に立ち入った場合も、区及び事業者に対し修復責任を問いません。
- 9 貸与を受けた機器を適切な管理の下に使用し、これを譲渡し、又は担保に供するなど他の目的には使用しません。
- 10 私の責任に帰すべき理由により貸与を受けた機器の一部又は全部を破損又は紛失したときは、直ちに区に申し出た上、事業者に実費を賠償します。
- 11 機器設置後、必要に応じて事業者が実施する機器の保守点検に協力します。

(その他)

- 12 利用申請書等に記入した内容に変更があった場合は、速やかに区に届け出ます。
- 13 区から現況の調査があった場合は、生活状況について報告します。
- 14 転出、施設入所などにより機器が不要となった場合は、速やかに機器を事業者に返還します。その際、私及び親族等の立会いが困難である場合は、区の判断の下、事業者及び区職員が住宅内に立ち入り機器を撤去することに同意します。また、合鍵を返還することが困難である場合は、区が廃棄するなど適切に処分することに同意します。
- 15 本事業利用のために私に関する情報を、東京消防庁、事業者、熟年相談室（地域包括支援センター）、民生・児童委員及び介護支援専門員等から提供を受けること並びに私の安心生活の支援に必要であると区が判断する場合は、これらのものに提供することに同意します。

身体状況調査書

※太枠内をご記入ください。□のいずれかに「レ」点を記入してください。

申請者氏名		江戸川 太郎		血液型	A 型
身体状況	歩行	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまり歩き又は介助が必要	<input checked="" type="checkbox"/> つえを使う	<input type="checkbox"/> 歩けない
	言語	<input checked="" type="checkbox"/> よく話せる	<input type="checkbox"/> うまく話せない	<input type="checkbox"/> 話せない	
	視力	<input checked="" type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> かすかに見える	<input type="checkbox"/> 全く見えない	
	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> よく聞こえる	<input type="checkbox"/> 遠い	<input type="checkbox"/> 聞こえない	
障害の程度		障害者手帳： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <u>2</u> 種 <u>3</u> 級 <input checked="" type="checkbox"/> 身体 (<input checked="" type="checkbox"/> 上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 下肢) <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 内部 愛の手帳： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <u> </u> 度			
要介護認定		<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 要支援1 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
主な病名					
かかりつけの医療機関名		〇〇病院			
医療機関電話		〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			

※ 申請者と同居の熟年者等も利用を希望する場合は、以下に記入してください。

同居者氏名		江戸川 花子		血液型	O 型
身体状況	歩行	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまり歩き又は介助が必要	<input checked="" type="checkbox"/> つえを使う	<input type="checkbox"/> 歩けない
	言語	<input checked="" type="checkbox"/> よく話せる	<input type="checkbox"/> うまく話せない	<input type="checkbox"/> 話せない	
	視力	<input checked="" type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> かすかに見える	<input type="checkbox"/> 全く見えない	
	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> よく聞こえる	<input type="checkbox"/> 遠い	<input type="checkbox"/> 聞こえない	
障害の程度		障害者手帳： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <u> </u> 種 <u> </u> 級 <input type="checkbox"/> 身体 (<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢) <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 内部 愛の手帳： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <u> </u> 度			
要介護認定		<input checked="" type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
主な病名					
かかりつけの医療機関名		〇〇病院			
医療機関電話		〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			

同居者の熟年者等も利用を希望される場合、忘れず記入ください。