

(表)

令和7年4月改正

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

年

月

日

申請者 利用者	住所	江戸川区 建物名称： 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	()	携帯電話	()	
	フリガナ 氏名		生 年 月 日	年	月 日
同居者 ※いない場合は氏名欄に「なし」と記入。複数名の場合は裏面へ					
氏 名		続 柄 等		生年月日	障害の有無
					有・無
江戸川区内に居住する同居以外の親族（65歳未満の配偶者又は二親等以内の血族（子、孫、兄弟、姉妹）が対象）※いない場合は氏名欄に「なし」と記入。3名以上は裏面へ					
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

緊急時の連絡先（親族等）確認欄 ※ 連絡先となる方が自筆してください。					
利用者の安心生活を支援していくため、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、東京消防庁及び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		続柄等		住 所 電 話 () 携帯電話 ()
連絡先2 (任意)	フリガナ 氏名		続柄等		住 所 電 話 () 携帯電話 ()

記入者	☐ 申請者と同じ	☐ 連絡先1と同じ	☐ 連絡先2と同じ	☐ その他
その他の場合、下記にご記入ください。				
氏名	続柄等		電話	()
住所				

-----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。

[illegible][illegible]

民間緊急通報システム「マモルくん」利用確認書 令和7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

氏名：

確認日 年 月 日

私は、民間緊急通報システム「マモルくん」の利用に当たり、下記の事項に同意します。

記

(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 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)

- 5 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。
- 6 事業者に所定の本数の自宅の合鍵を預けます。
- 7 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。
- 8 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。
- 9 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、事業者の実費を賠償します。
- 10 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)

- 11 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。
- 12 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。
- 13 利用料金の支払を遅滞した場合や適正な利用ができない場合等、民間緊急通報システムの利用取消又は利用停止等を受けることがあることを了解します。
- 14 転出、施設入所等により機器の利用が不要となった場合は、速やかに区へ申出をします。
- 15 利用取消（転出、施設入所その他、江戸川区民間緊急通報システム「マモルくん」事業実施要綱第16条の規定による）の場合は、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。
- 16 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				血液型	型
身体状況	歩行	☐ できる ☐ つえを使う	☐ つかまり歩き又は介助が必要 ☐ 車椅子	☐ 歩けない	
	言語	☐ よく話せる	☐ うまく話せない	☐ 話せない	
	視力	☐ 見える	☐ かすかに見える	☐ 全く見えない	
	聴力	☐ よく聞こえる	☐ 遠い	☐ 聞こえない	
電話の対応		☐ 可 ☐ 不可 (☐ FAX ☐ メール ☐ どちらも不可) メール利用の場合アドレス _____			
障害の程度		障害者手帳： ☐ 無 ☐ 有 _____ 種 _____ 級 ☐ 身体 (☐ 上肢 ☐ 下肢) ☐ 聴覚 ☐ 視覚 ☐ 内部 ☐ その他 愛の手帳： ☐ 無 ☐ 有 _____ 度			
要介護認定		☐ 受けていない ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5			
主な病名					
かかりつけの医療機関名					
医療機関電話		()			

※ 申請者と同居の高齢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				血液型	型
身体状況	歩行	☐ できる ☐ つえを使う	☐ つかまり歩き又は介助が必要 ☐ 車椅子	☐ 歩けない	
	言語	☐ よく話せる	☐ うまく話せない	☐ 話せない	
	視力	☐ 見える	☐ かすかに見える	☐ 全く見えない	
	聴力	☐ よく聞こえる	☐ 遠い	☐ 聞こえない	
障害の程度		障害者手帳： ☐ 無 ☐ 有 _____ 種 _____ 級 ☐ 身体 (☐ 上肢 ☐ 下肢) ☐ 聴覚 ☐ 視覚 ☐ 内部 ☐ その他 愛の手帳： ☐ 無 ☐ 有 _____ 度			
要介護認定		☐ 受けていない ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5			
主な病名					
かかりつけの医療機関名					
医療機関電話		()			