

様式第3号（第7条関係）

緊急通報システム事業利用申請書

令和 年 月 日

小林市長 様

申請者 住 所 小林市細野×××番地△△

氏 名 小林 太郎

下記により、小林市緊急通報システム事業を利用したいので申請します。

記

1 設置場所

小林市細野×××番地△△

2 住居区分

持家 借家

3 基本情報

	本人	同居者
氏名	小林 太郎	小林 花子 本人との関係性：妻
生年月日	S15年1月1日(83歳)	S18年1月1日(80歳)
電話番号	12-3456	12-3456
介護認定状況	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 申請中・ <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 総合事業・ <input type="checkbox"/> 要介護()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 申請中・ <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 総合事業・ <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(3)
身体障害者手帳等の所持	<input type="checkbox"/> なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり 種類、等級：身体障害者手帳 2級	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり 種類、等級： 手帳

4 協力員氏名

※携帯電話をお持ちの方は、携帯電話番号をご記入ください。
※緊急時に30分以内に駆けつけることができる方を1名以上ご記入ください。

	氏名	住所	電話番号	続柄
協力員1	小林 一郎	小林市細野△△△△番地	123-4567-8910	長男
協力員2			—	
協力員3			—	

5 緊急時連絡先

※家族等の緊急時に連絡が必要な方をご記入ください。
市外や県外在住者でも可能です。

緊急時連絡者氏名	小林 一郎
利用者との続柄	長男
緊急時連絡者住所	小林市細野△△△△番地
緊急時連絡者電話番号	自宅：0984-11-1234 携帯：123-4567-8910

6 申請の理由

(高齢者の二人暮らしで、両名ともに視力や聴力、身体能力の低下により、電話で助けを求めることが困難であるため。)

様式第4号（第7条関係）

緊急通報システム事業同意書

令和 年 月 日

小林市長 様

申請者

住所(自署) 小林市細野××××番地△△
氏名(自署) 小林 太郎
代筆 西諸 一子(担当ケアマネ)

※代筆で署名する場合は、同意書記載事項について、本人の同意を得て代筆を行うことが必要です。その場合には、申請者の氏名を記入し、点線の下に代筆者の氏名及び申請者との関係を記入してください。

私は、緊急通報システム事業利用申請書を提出するに当たり、下記のことに同意します。

記

- 1 小林市緊急通報システム事業申請に係る決定又は実施のために必要があるときは、私及び私の世帯員に係る課税状況について、実施機関が調査をし、又は地方税法（昭和25年法律第226号）に基づく住民税の課税台帳により確認されることに同意します。
- 2 私の利用しております緊急通報装置から登録事業者あてに万一、緊急事態発生の通報を行い、このことによって、登録事業者、民生委員等の関係者や協力員が私の家に来られた場合において、施錠その他の理由により入室が困難なときは、ガラス、鍵等を最小限度壊すことにより居室内に入室することに同意します。なお、この場合の破損の修繕に要する費用は、私の自己負担とすることに同意します。
- 3 小林市緊急通報システム事業を利用するに当たり、私の状態等を必要に応じて地域包括支援センター又は在宅介護支援センターに提供することに同意します。

1 希望するサービス

業者	ALSOK <input type="checkbox"/>	周南マリコム <input type="checkbox"/>
型	固定型 <input type="checkbox"/>	携帯型 <input type="checkbox"/>

2 利用しているサービスの状況

	本人	同居者
・タクシー利用券を使用していますか。	はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
・配食サービスを利用していますか。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
・あんしんサポートを利用していますか。	はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
・ヘルパーを利用していますか。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
1週間に何回程度利用していますか。	(<input type="checkbox"/> 週2回程度)	(<input type="checkbox"/> 週2回程度)
・デイサービスを利用していますか。	はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
1週間に何回程度利用していますか。	<input type="checkbox"/> 回程度	<input type="checkbox"/> 回程度
・デイケアを利用していますか。	はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
1週間に何回程度利用していますか。	(<input type="checkbox"/> 回程度)	(<input type="checkbox"/> 回程度)
・その他利用しているサービスがあれば右欄に記入してください。	<input type="checkbox"/> 移動支援(障がい)	<input type="checkbox"/>

3 健康状況等 ※該当する項目を○で囲み、必要事項を記入してください。

	本人	同居者
病気等	・現在かかっている病気は何ですか。 <input type="checkbox"/> 進行性小脳性運動失調	・現在かかっている病気は何ですか。 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腰痛、膝痛
	・現在飲んでいる薬はありますか。 (<input type="checkbox"/> あり ・ なし)	・現在飲んでいる薬はありますか。 (<input type="checkbox"/> あり ・ なし)
	・かかりつけの病院はどこですか。 <input type="checkbox"/> 〇〇病院	・かかりつけの病院はどこですか。 <input type="checkbox"/> 〇×病院
	・通院等の状況について教えてください。 (未受診・ <input type="checkbox"/> 通院・往診 (週間・1ヶ月)に 1回)	・通院等の状況について教えてください。 (未受診・ <input type="checkbox"/> 通院・往診 (週間・1ヶ月)に 1回)
	・これまでにかかった病気は何ですか。 <input type="checkbox"/> 狭心症	・これまでにかかった病気は何ですか。 <input type="checkbox"/> 慢性心不全増悪 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー

手足の動作	<p>・手足の動きはどうか。</p> <p>問題なし・痛みがある・上がらない・しびれがある・麻痺がある・その他（ 不安定 ）</p>	<p>・手足の動きはどうか。</p> <p>問題なし・痛みがある・上がらない・しびれがある・麻痺がある・その他（ 動きづらい ）</p>
視力	<p>・視力はどうですか。</p> <p>問題なし・眼鏡使用・全盲（片目・両目） その他（ ）</p>	<p>・視力はどうですか。</p> <p>問題なし・眼鏡使用・全盲（片目・両目） その他（見えづらい ）</p>
聴力	<p>・聴力はどうですか。</p> <p>問題なし・補聴器使用（片耳・両耳）・小さな声が聞きづらい・普通の会話が聞きづらい・普通の会話が聞き取れない・耳元で話されても聞き取れない その他（ ）</p>	<p>・聴力はどうですか。</p> <p>問題なし・補聴器使用（片耳・両耳）・小さな声が聞きづらい・普通の会話が聞きづらい・普通の会話が聞き取れない・耳元で話されても聞き取れない その他（ ）</p>
言語力	<p>・言語力や会話はどうか。</p> <p>問題なし・言われたことを理解できるが話せない・言われたことが分からない・言葉が出てこない・声が思ったように出せない・口がうまく動かない その他（ ）</p>	<p>・言語力や会話はどうか。</p> <p>問題なし・言われたことを理解できるが話せない・言われたことが分からない・言葉が出てこない・声が思ったように出せない・口がうまく動かない その他（ ）</p>
歩行	<p>・歩行状況はどうか。</p> <p>問題なし・伝い歩き・杖使用・押車使用・車椅子使用 その他（ ）</p>	<p>・歩行状況はどうか。</p> <p>問題なし・伝い歩き・杖使用・押車使用・車椅子使用 その他（ ）</p>
立ち上がり	<p>・立ち上がりはどうか。</p> <p>問題なし・ふらつく・つかまり立ち・困難・できない その他（ ）</p>	<p>・立ち上がりはどうか。</p> <p>問題なし・ふらつく・つかまり立ち・困難・できない その他（ ）</p>
その他	<p>・自分で電話をかける際に以下のような問題がありますか。</p> <p>問題なし 視力の低下により、眼鏡等を使用しても電話をかけられない 聴力の低下により、補聴器等を使用しても相手の言葉を聞き取れない 言語力、認知機能の低下により電話で状況を伝えるのが困難</p>	<p>・自分で電話をかける際に以下のような問題がありますか。</p> <p>問題なし 視力の低下により、眼鏡等を使用しても電話をかけられない 聴力の低下により、補聴器等を使用しても相手の言葉を聞き取れない 言語力、認知機能の低下により電話で状況を伝えるのが困難</p>