

自宅設置型

高齢者等緊急通報システム利用申請書 兼 確認票

(☐ 開始 ☐ 変更 ☐ 廃止 ☐ 停止)

(あて先) 川崎市 福祉事務所長

次のとおり、川崎市高齢者等緊急通報システム事業に関する申請をします。

なお、事業実施に必要な川崎市における住民登録・市税・介護保険状況の調査について、同意します。

また、身体状況等に応じた適切なサービス提供を受けるために、基本情報（氏名・生年月日・住所・電話番号・本人状況・世帯状況・要介護度）及びサービス内容について、地域包括支援センター、サービス事業者、その他事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

申請者 住 所 区
氏 名
電 話
対象者との関係 ()

利用者（事業の利用を開始・変更・廃止しようとする方）	基本情報	フリガナ											生年月日	生 () 歳			
		氏 名												() 歳			
		住 所	区										電話番号	— —			
		介護保険被保険者番号											介護保険料段階	段階			
		市民税課税状況	☐ 世帯非課税 ☐ 本人非課税 ☐ 課税										生活保護受給	☐ 有 ☐ 無	中国残留邦人生活支援金受給	☐ 有 ☐ 無	
		世帯状況	☐ ひとり暮らし ☐ 日中・夜間独居 ☐ 同居人が重度の要介護者である者										具体的に				
		要介護度	☐ 自立 ☐ 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														
緊急連絡先	第1連絡先	フリガナ								利用者との続柄		電話番号1	— —				
		氏名										電話番号2	— —				
		住所									電話番号1	— —					
	第2連絡先	フリガナ								利用者との続柄		電話番号1	— —				
		氏名										電話番号2	— —				
		住所									電話番号1	— —					

利用者の健康状態	☐ 高血圧	安定時	Bp	/	mmHg	(病状・特記事項) ※ サービスを必要とする身体状況や現在の対処方法、これまでの発作の有無等を記載してください。		
		変動時	Bp	/	mmHg			
	☐ 心臓疾患	(病名)						
	☐ その他	(病名)						
	内服薬							
	通院先	(病院名)				(主治医)		(TEL)

機器設置時 連絡先	☐ ご本人 ☐ 代理人対応 (氏名 :)	連絡先 : — —)
機器回収時 連絡先	☐ ご本人 ☐ 代理人対応 (氏名 :)	連絡先 : — —)

その他	電話回線の種類	☐ 単独NTTアナログ回線 (マイラインの会社名:)	☐ ISDN ☐ ADSL ☐ その他 ()
	※ 回線によっては、通報できない可能性があります。		

☐ 開始						
サービス内容	事業者名	総合警備保障 (アルソック)	アルソックあんしんケアサポート	セコム	大阪ガス	ホームネット
	設備	☐ 緊急ベルダントのみ (相談機能付)	☐ 緊急ベルダントのみ (相談機能付)	☐ 緊急ベルダントのみ (相談機能付)	☐ 緊急ベルダントのみ (相談機能付)	☐ 緊急ベルダントのみ (相談機能付)
		☐ 生活リズムセンサー付	☐ 生活リズムセンサー付	☐ 生活リズムセンサー付	☐ 生活リズムセンサー付	☐ 生活リズムセンサー付
		☐ 火災センサー付	☐ 火災センサー付	☐ 火災・ガスセンサー付	☐ 火災センサー付	☐ 火災センサー付
		☐ ガスセンサー付			☐ ガスセンサー付	
	75歳以上/独居による対象者	☐ 緊急ベルダントのみ (相談機能付)	☐ 緊急ベルダントのみ (相談機能付)	☐ 緊急ベルダントのみ (相談機能付)	☐ 緊急ベルダントのみ (相談機能付)	☐ 緊急ベルダントのみ (相談機能付)
利用料	月額	円				

☐ 変更		事由発生日	年 月 日				
変更内容	☐ 住所変更						
	新しい住所		区		電話番号	— —	
	☐ 緊急連絡先変更 (☐ 第1連絡先 ・ ☐ 第2連絡先)						
	変更後	フリガナ		利用者との続柄		電話番号1	— —
		氏名					
	変更後	住所				電話番号2	— —
		(☐ 第1連絡先 ・ ☐ 第2連絡先)					
	変更後	フリガナ		利用者との続柄		電話番号1	— —
		氏名					
		住所				電話番号2	— —
☐ 事業者の変更 ☐ サービス内容の変更							
変更前	事業者				変更後	事業者	
	サービス					サービス	
変更理由							

☐ 廃止	事由発生日	年 月 日		※申請日が月末25日以降の月内廃止・停止は包括から事業者へ連絡票送付
廃止理由	☐ 死亡 ☐ 入院 ☐ 入所 ☐ 市外転出 ☐ 携帯型移行 ☐ その他 ()			

☐ 停止	事由発生日	年 月 日		※大阪ガス・総合警備保障 (アルソック) は停止の申請はできません。
停止理由	☐ 入院 ☐ 入所 ☐ その他 ()			

備考欄	
-----	--

担当機関	居宅介護支援事業所		担当者	
		電話番号	— —	
	地域包括支援センター		担当者	
		電話番号	— —	

区役所受付印