

携帯型

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)(☐65歳以上 (疾患有) ☐75歳以上単身者 ☐65歳以上認知症者 ☐若年性認知症者)

(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、委任します。

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	
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		具											
	☐ 同居人が重度の要介護者である者				体的											
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					申請者との続柄		電話番号 1		－		－	
	氏名												
	住所							電話番号 2		－		－	
第2連絡先	フリガナ					申請者との続柄		電話番号 1		－		－	
	氏名												
	住所							電話番号 2		－		－	

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(認知症の場合・徘徊の有無)等を記載してください。			
	変動時	Bp		/		mmHg				
☐ 心臓疾患	(病名)									
☐ 認知症	(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 : — —

☐ 開 始						
サ ー ビ ス 内 容	対 象 者	☐ 65歳以上(疾患有)		☐ 65歳以上認知症者		
		☐ 75歳以上単身者		☐ 若年性認知症者		
	事 業 者	☐ 総合警備保障 (アルソック)	☐ セコム	☐ 大阪ガス	☐ あんしんサポート	
	鍵預かり	☐ なし	☐ あり	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	
利 用 料	月 額	円	初回手数料	☐ 市負担 ☐ 利用者負担		

☐ 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					
		住 所					
	(☐ 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					
☐ 事業者の変更							
変 更 前	事 業 者			変 更 後	事 業 者		
	(注) 事業者変更の際は所定の変更手数料が発生いたします。						
☐ 自己都合による変更 (初回手数料・利用者負担) ☐ その他理由による変更 (変更手数料・市負担)							
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 ☐ 自宅設置型移行 ☐ 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