

# 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		
		氏名											生年月日	____	( ____ ) 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	<input type="checkbox"/> 世帯非課税	<input type="checkbox"/> 本人非課税	<input type="checkbox"/> 課税	生活保護受給	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	中国残留邦人生活支援金受給	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
		世帯状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし	<input type="checkbox"/> 日中・夜間独居	具体的に										
		要介護度	<input type="checkbox"/> 自立	<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					
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							電話番号2	____	____	____			
	住所							電話番号1	____	____	____				
	住所							電話番号2	____	____	____				

利用者の健康状態	<input type="checkbox"/> 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				
	<input type="checkbox"/> 心臓疾患	(病名)									
	<input type="checkbox"/> 認知症	(病名)									
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 代理人対応 (氏名 : _____)	連絡先 : _____
機器回収時 連絡先	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 代理人対応 (氏名 : _____)	連絡先 : _____

開始

サービス内容	対象者	<input type="checkbox"/> 65歳以上(疾患有)		<input type="checkbox"/> 65歳以上認知症者	
		<input type="checkbox"/> 75歳以上単身者		<input type="checkbox"/> 若年性認知症者	
	事業者	<input type="checkbox"/> ALSOK(総合警備保障)	<input type="checkbox"/> セコム	<input type="checkbox"/> 大阪ガス	<input type="checkbox"/> あんしんサポート
	鍵預かり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	利用料	月額	円	初回手数料	<input type="checkbox"/> 市負担 <input type="checkbox"/> 利用者負担

変更 事由発生日 年 月 日

変更内容	<input type="checkbox"/> 住所変更						
	新しい住所		区		電話番号	- -	
	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先変更 ( <input type="checkbox"/> 第1連絡先 ・ <input type="checkbox"/> 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	- -
	( <input type="checkbox"/> 第1連絡先 ・ <input type="checkbox"/> 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	- -
<input type="checkbox"/> 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。							
<input type="checkbox"/> 自己都合による変更 (初回手数料・利用者負担) <input type="checkbox"/> 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・ALSOK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	区役所受付印
		電話番号	- -	
	地域包括支援センター		担当者	
		電話番号	- -	