

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)

(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 ()

Table with 2 main sections: '利用者（事業の利用を開始・変更・廃止しようとする方）' and '緊急連絡先'. Includes fields for name, address, phone numbers, and emergency contacts.

Table for '利用者の健康状態' (User's Health Status). Includes fields for blood pressure (high/low), heart disease, other conditions, and hospital information.

その他	電話回線の種類	<input type="checkbox"/> 単独NTTアナログ回線	<input type="checkbox"/> ISDN <input type="checkbox"/> ADSL <input type="checkbox"/> その他 ()
		(マイラインの会社名:)	※ 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)	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	<input type="checkbox"/> 緊急ペナントのみ (相談機能付)	<input type="checkbox"/> 緊急ペナントのみ (相談機能付)	<input type="checkbox"/> 緊急ペナントのみ (相談機能付)	<input type="checkbox"/> 緊急ペナントのみ (相談機能付)	<input type="checkbox"/> 緊急ペナントのみ (相談機能付)	<input type="checkbox"/> 緊急ペナントのみ (相談機能付)
		<input type="checkbox"/> 生活リズムセンサー付	<input type="checkbox"/> 生活リズムセンサー付	<input type="checkbox"/> 生活リズムセンサー付	<input type="checkbox"/> 生活リズムセンサー付	<input type="checkbox"/> 生活リズムセンサー付	<input type="checkbox"/> 生活リズムセンサー付
		<input type="checkbox"/> 火災センサー付	<input type="checkbox"/> 火災センサー付	<input type="checkbox"/> 火災・ガスセンサー付	<input type="checkbox"/> 火災・ガスセンサー付	<input type="checkbox"/> 火災・ガスセンサー付	<input type="checkbox"/> 火災センサー付
		<input type="checkbox"/> ガスセンサー付					
75歳以上/独居による対象者	<input type="checkbox"/> 緊急ペナントのみ (相談機能付)	<input type="checkbox"/> 緊急ペナントのみ (相談機能付)	<input type="checkbox"/> 緊急ペナントのみ (相談機能付)	<input type="checkbox"/> 緊急ペナントのみ (相談機能付)	<input type="checkbox"/> 緊急ペナントのみ (相談機能付)	<input type="checkbox"/> 緊急ペナントのみ (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	<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						
	変更後	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						
	変更後	住所			電話番号2	-	-	
<input type="checkbox"/> 事業者の変更 <input type="checkbox"/> 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日以降の月内廃止は包括から事業者へ廃止連絡票送付

廃止理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 市外転出 <input type="checkbox"/> 携帯型移行 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

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
