

高齢者救急通報システム利用申請書【民間代理型】

年 月 日

清瀬市長殿

申請者
住所
氏名
電話

利用者	ふりがな		血液型	性別	生年月日	
	氏名		型	男・女	㊦・㊧・㊨ 年 月 日生 () 歳	
	住所	清瀬市		固定電話	()	
				携帯電話	()	
同居者(いる場合)	ふりがな		血液型	性別	生年月日	
	氏名		型	男・女	㊦・㊧・㊨ 年 月 日生 () 歳	
	身体状況	病名		病院名		
				住所		
			電話番号		()	
			主治医名			
家族の状況	ふりがな 氏名	続柄	年齢	住所 (別居の方のみ記入してください)		電話番号
搬送後の居住管理者				緊急連絡先		
ふりがな 氏名		続柄		ふりがな 氏名		続柄
住所	電話 ()			住所	電話 ()	
申請理由						
住居の概要	1 持ち家 2 借家 3 公営住宅 4 民間アパート 5 その他 住所の目標 (34文字以内で記載)					
同意欄	高齢者救急通報システム申請に際し、利用者及び同居者に関する住民基本台帳・介護保険認定状況及び住民税課税状況について関係各課に確認することに同意します。 本事業利用のために必要な利用者及び同居者に関する情報を、清瀬市が東京消防庁及び清瀬消防署、市が委託する実施事業者を提供すること、並びに提供を受けることに同意します。 利用者署名 _____ 同居者署名 _____					

高齢者救急通報システム利用確認書（民間代理型）

年 月 日

清瀬市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電 話

高齢者救急通報システムを利用するにあたり下記事項を確認します。

- 固定電話を使用しています。
- 鍵の管理は、実施事業者に預けます。
- 緊急事態発生の場合は、別紙届出書の親族等に連絡を願います。
- 救急通報を発し、高齢者救急通報システム（民間代理型）事業実施事業者（以下「実施事業者」）受信室からの確認電話に応じない場合は、実施事業者等関係機関の住宅内への立ち入りを認めます。
- 緊急時に実施事業者等関係機関が住宅内に立ち入るに際し、住宅等の一部に破損が生じて、修復責任を問いません。
- 貸与を受けた機器を汚損及び破損した場合は、実費相当額を負担します。
- 貸与の目的に反して使用、譲渡、貸付または担保に供しません。
- 利用申請書に記入した内容に変更があった場合は、速やかに市に連絡します。
- 貸与された機器を必要としなくなった場合、対象者に該当しなくなった場合は、速やかに市に連絡し、機器を返還します。

【以下該当者のみ記入】

体内にペースメーカーを装着しています。

*救急通報システム機器（アルソックホームセキュリティα）専用無線ペンダント（無線発報器）

周波数 426 MHz 出力 10 mW

- 万が一のことを考え、無線ペンダント型を使用しない。
- 無線ペンダントは首にかけず、平時は 30 cm 以上離して利用する。

電話回線を利用したサービス（ガス・セキュリティ等）を利用しています。

- サービス提供会社と協議のうえ、救急通報システムを優先する事を条件に設置する。

住居が借家・公営住宅・民間アパート等自家ではない。

- 賃貸住宅等のため、所有者（管理者）に設置の承諾を得ています。

※担当の介護支援専門員が記入して下さい。

高齢者救急通報 システム 調査書

年 月 日

生活環境	①一人暮らし ②家族同居（高齢者世帯） ③家族同居（身体障害者世帯） ④家族同居（その他） ⑤その他										
健康状態	①ねたきり等 ②病弱 ③普通 ④その他										
歩行能力	①移動不能 ②はって歩く ③物につかまれば歩ける、介助されれば歩ける ④一歩ずつゆっくりならば歩ける、杖があれば短い距離を一人で歩ける ⑤ゆっくりならば歩ける、杖があれば一人で歩ける ⑥普通に歩ける（一人で不自由なく歩ける） ⑦その他										
就寝階	（ ）階										
就寝をする部屋	通報機と ①同室 ②別室 ※①に該当する場合記入して下さい。 （ ） m ² 又は （ ）畳										
介護保険情報	介護保険被保険者番号										
	介護認定					要支援（ ）・要介護（ ）・認定なし					
【掛かりつけ医療機関受診状況・身体の状況等】											

記入者名		事業所名	(☎ — —)
------	--	------	-----------