様式第１号

|  |  |
| --- | --- |
| 地域包括支援センター名 |  |
| 居宅介護支援事業所名 |  |
| 担当ケアマネージャー名 |  |

緊急通報装置等利用申請書

年　　　月　　　日

福　山　市　長　様

福山市緊急通報体制整備事業実施要綱第5条第1項の規定により，次のとおり緊急通報装置等の利用を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | 番　　　　号　福山市　　　　　　町　　丁目　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地 |
|  |  | 電話番号 |
| 名前 |  | 固　定 | （　　　　　）　　　　　－ |
| 携　帯 | （　　　　　）　　　　　－ |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　　歳） |
| 世帯状況 | 　ひとり暮らし・　高齢者のみの世帯　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 身体状況 | 身体障害者手帳 ： 無　・　有　（　　 級　障害名　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） |
| 要介護認定 : 無　・　有 （ 要支援　１ 　２ ・ 要介護　１　 ２　 ３　 ４　 ５　 ） |
| その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 機　　器当てはまるものに〇をしてください | １  | 固定型緊急通報装置及び見守りセンサー |
| ２ | 固定型緊急通報装置 |
| ３ | 携帯型緊急通報装置及び見守りセンサー |
| ４ | 携帯型緊急通報装置 |
| ５ | 携帯型緊急通報装置（利用者所有携帯電話）及び見守りセンサー | ５又は６を選択する場合は機種名を記入 |
| ６ | 携帯型緊急通報装置（利用者所有携帯電話） |  |
| **協　力　員　（コールセンターから連絡があった際に申請者宅に駆けつけられる人）** |
| 名　　　前 | 続柄 | 住　　　所 | 電話番号 | 承諾印(サイン) |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 　　　 － |  |
| ① |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 　　　 － |  |
| ② |
| 裏面へ2022-高齢-325-1　　A4 |

|  |
| --- |
| **緊 急 連 絡 先 （主に親族等を記入してください。）** |
| 名　　　前 | 続柄 | 住　　　所 | 電話番号 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 　　　 － |
| ① |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 　　　 － |
| ② |
| **日 程 調 整 の 連 絡 先 （設置事業者と日程調整を行う人の連絡先を記入してください。）** |
| 名　　　前 | 続柄 | 住　　　所 | 電話番号 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 　　　 － |
|  |
| **かかりつけの医療機関** | 名　称 |  |
| 同意事項 | **次の全てのチェック欄にチェックの上，記名・押印してください。**□世帯の市民税情報を取得すること。□市が地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所から生活状況等の情報を取得すること。□担当民生委員及び設置事業者に必要事項を提供すること。□救急搬送時に，関係機関に情報を提供すること。以上のことについて同意します。　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

|  |
| --- |
| 〈自宅付近の略図〉 |

※　次の欄には記入しないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市民税課税　　　　・　　　非課税 | 負担金　　　　　　　 　　　　 円 | 確認年月日 |

2022-高齢-325-1　　A4