

(表)
高齢者緊急通報システム利用申請書

(宛先) 中央区長		年 月 日		
住所 ふりがな				
申請者 (利用者) 氏名				
生年月日		年 月 日 (歳)		
電話番号				
<p>緊急通報システムを利用したいので、次のとおり申請します。 なお、私及び世帯員は、当該システムを利用するに当たり裏面の同意事項を確認し、同意します。</p>				
機器の種類 (いずれかに○)		固定電話回線型式	課税世帯： 月額450円 非課税世帯：無料 生活保護等：無料	
		無線型式	課税世帯： 月額900円 非課税世帯：月額450円 生活保護等：無料	
設置機器 (任意)	<input type="checkbox"/> 火災センサー <input type="checkbox"/> 見守りセンサー <input checked="" type="checkbox"/> 設置を希望する場合は「 <input checked="" type="checkbox"/> 」を付けてください。		課税世帯： 月額各50円 非課税世帯：無料 生活保護等：無料	
鍵の保管方法	<input type="checkbox"/> サービス委託業者に預ける。 <input type="checkbox"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> 希望する保管方法に「 <input checked="" type="checkbox"/> 」を付けてください。			
世帯員	氏名 (ふりがな)	続柄	生年月日 (年齢)	生活状況等 (20～64歳の場合は要証明)
	1		年 月 日 (歳)	在宅・就労・就学・障害 要介護・その他 ()
	2		年 月 日 (歳)	在宅・就労・就学・障害 要介護・その他 ()
	3		年 月 日 (歳)	在宅・就労・就学・障害 要介護・その他 ()
調査・ 連絡先・ 設置時	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 以下の連絡先を希望します。			
	希望連絡先	ふりがな 氏名	利用者との続柄	
			電話	
確裏 認面	<input type="checkbox"/> 裏面の同意事項を確認しました。 <input checked="" type="checkbox"/> 裏面の同意事項を確認の上、「 <input checked="" type="checkbox"/> 」を付けてください。			
(その他記入欄) <p>※ 申請者(利用者)が難聴のため折返しの電話に出られない、本人又は世帯員でペースメーカーを使用している方がいる等、連絡事項がありましたら記入してください。</p>				

備考

- 1 申請者及び世帯員の氏名は、本人が自署してください。ただし、世帯員のうち未成年者、成年被後見人等にあつては、本人に代わって法定代理人が署名することができます。
- 2 「調査・設置時連絡先」の欄は、どちらかに「」を付けてください。

区処理欄	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 日中独居等※要証明等			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 生保
	世帯員1 (有・不要) 世帯員2 (有・不要) 世帯員3 (有・不要)			
	住基：	性別：	介護度：	

同意事項 (※ 必ずご確認ください。)

- 1 当システムの利用に係る審査及び利用者負担額算定のため、当システムの利用決定を受けている間は、世帯員全員の住民票、介護保険及び所得に関する情報を公簿等で確認すること。
- 2 適切なサービスを提供するため、おとしより相談センター、介護支援専門員及びサービス委託業者から利用者に関する情報の提供を受けること並びにこれらの者に当該情報を提供すること。また、サービス委託業者へ、本申請書に記載した情報を提供すること。
- 3 虚偽の申請により当システムを利用したときは、利用決定の取消しを受けること。
- 4 緊急通報システム機器の取付け及び取外しに当たり自宅の改修及び修繕が必要になった場合、申請者が改修及び修繕の費用を負担し、その一切責任を負うこと。
- 5 緊急通報を発し確認電話に応答しない場合その他受信センターが緊急性を有すると判断した場合、自宅に立ち入ることを認めるとともに、これに伴い自宅等の一部に破損が生じた場合、申請者が自宅等の修繕その他の責任を負うこと。
- 6 ペースメーカーを使用している者がいる場合、緊急通報システム機器の利用に関して主治医の了承を得ていること。