

### 緊急通報装置設置新規申請書

高齢者世帯

交野市長

年 月 日

交野市緊急通報体制整備事業実施要綱に基づき、緊急通報装置の設置を申請します

申請者氏名：

申請者住所：

#### ○利用者

ふりがな		ふりがな	
氏名		氏名	
生年月日	M・T・S 年 月 日	生年月日	M・T・S 年 月 日
住所	交野市	電話番号	072
特記事項			

#### ○協力員 できるだけ近隣又は市内で、鍵の保管をしている方、又はお願いできる方をご記入下さい。

第一通報者氏名	利用者との関係	住所	鍵の保管
電話番号		勤務先や携帯	

第二通報者氏名	利用者との関係	住所	鍵の保管
電話番号		勤務先や携帯	

#### ○親族

第一通報者氏名	利用者との関係	住所	鍵の保管
電話番号		勤務先や携帯	

第二通報者氏名	利用者との関係	住所	鍵の保管
電話番号		勤務先や携帯	

○現在の通院状況 高齢者世帯の方は、お2人ともご記入ください。  
 (身体障害者手帳の有無及び等級、精神保健福祉手帳の有無及び等級等、介護認定申請状況の項目について当てはまるものに○を記入してください。)

I. 氏名：

病 院 名	主治医名	病 名	
既往歴			
各種手帳の等級等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ 種 級 障害名[ ]） <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳（等級：1・2・3） <input type="checkbox"/> 療育手帳（判定区分：A・B1・B2）		
介護認定申請状況	未申請 ・ 申請中 認定結果（      ）	居宅介護支援事業所及び 担当ケアマネジャー	

II. 氏名：

病 院 名	主治医名	病 名	
既往歴			
各種手帳の等級等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（等級： 種 級 障害名[ ]） <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳（等級：1・2・3） <input type="checkbox"/> 療育手帳（判定区分：A・B1・B2）		
介護認定申請状況	未申請 ・ 申請中 認定結果（      ）	居宅介護支援事業所及び 担当ケアマネジャー	

○お元気コールの希望の有・無 （ 希望する ・ 希望しない ）

- \* 交野市緊急通報体制整備事業サービスを利用するに際して、下記の項目に同意します。
1. 本事業サービスの利用中に受診加療の必要性が生じ家族に連絡が取れない場合には、市または関係機関が受診等の措置を講じる事。
  2. 身体状況に関する情報を、在宅ケアを支援する目的のために関係機関で必要時に活用すること。
  3. 在宅サービスの利用者負担を決定するにあたり、介護度等の調査を行うこと。

氏 名 \_\_\_\_\_