

吹田市高齢者日常生活用具給付等事業利用申請書

年 月 日

吹田市長あて

申請者

住所

氏名

電話

()

- 3 高齢者日常生活用具給付等事業の利用を次のとおり申請します。なお、この申請に係る審査のために市職員が私及び私以外の世帯の者の市町村民税額等について調査することに同意します。

対象者又は対象世帯に属する高齢者	ふりがな 氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (歳)
対象用具の種類	給 付	緊急通報装置・人感センサー 電磁調理器・自動消火器 火災警報器
	貸 与	高齢者用電話

緊急通報装置を
○(マル)で囲む

本事業を申請するためには、申請日時点で以下の内容に該当している必要があります。
該当をご確認いただき、にチェックを入れてください。

(電磁調理器・火災警報器・自動消火器について)

心身機能の低下に伴い、防火等の配慮が必要なひとり暮らしまたは高齢者世帯である。

チェックは不要

(高齢者用電話について)

現在、電話回線を整備されておらず、電話(携帯電話含む)を持っていない。

低所得でひとり暮らしの高齢者、またはねたきりなどで体の不自由な方がいる高齢者のみの世帯である。

緊急通報装置・人感センサーの利用について、以下の内容に同意が必要です。
ご確認いただき、にチェックを入れてください。

緊急通報システムの申請をされた旨を担当の民生・児童委員に情報提供します。

チェックが必要

備考 申請者又は申請者以外の世帯の者が 年1月1日現在吹田市以外の市町村に居住していた場合は、これらの者の当該年度分(4月から6月までの間にあつては、前年度分)の市町村民税額の課税状況を証する書類その他市長が必要と認める書類を添付してください。

火災警報器・自動消火器・高齢者用電話については、生計中心者の当該年度分(4月から6月までの間にあつては前年度分)の市町村民税の所得割の額が55,000円以下の「低所得」が要件に加えられます。

※ 添付書類については裏面を御確認ください。

【添付書類】

1 電磁調理器・火災警報器及び自動消火器を申請する方は、見積書を添付してください。

2 緊急通報装置を申請する方は、次の書類を併せて提出してください。

- ① 緊急通報システム事業利用届出書
- ② 緊急通報システム事業協力員受諾書
- ③ 誓約書
- ④ FAX承諾書
- ⑤ 吹田市緊急通報システム事業利用にかかる承諾書

3 人感センサーを申請する方は、2の①～⑤の他に、次の書類を併せて提出してください。

- ①人感センサー設置に伴う鍵預かりに関する同意書

人感センサー申請の場合、提出が必要

4 高齢者用電話の貸与を申請する方は、次の書類を併せて提出してください。

- ① 高齢者用電話使用貸借契約書
- ② FAX承諾書

緊急通報システム事業利用届出書

吹田市長宛

本人
(※ケアマネや民生委員は不可)

年 月 日

押印は不要

人感センサーを利用する場合、緊急連絡先の内、少なくとも1名の鍵返却の同意が必要。なお、鍵預かりに関する同意書にも記載

【緊急連絡先】
・原則は親族。
・1名だけでも可。

利用者(対象者) 住所 吹田市 _____

氏名 _____

電話 _____

緊急通報システム事業を利用するに当たり、次のとおり届出をします。

- 緊急通報システム
- 人感センサー

世帯の構成 ひとり暮らし どちらか一方がねたきりの高齢者世帯 その他 ()

身体障害者手帳の有無 有 無

程度 種 級・障害名 ()

番号 第 号・交付年月日 年 月 日

緊急時の連絡先	氏名	続柄	住所	連絡先(電話番号)	鍵返却同意者
	ふりがな				
ふりがな				自宅 携帯	<input type="checkbox"/>

協力員	氏名	利用者との関係	住所	連絡先(電話番号)
	ふりがな		吹田市	
	ふりがな		吹田市	

必須ではない。希望する場合、自宅から徒歩5～10分程度の近所に住む方に、申請者から協力員となってくれるように依頼が必要(=別紙の「協力員受諾書」に記入してもらう必要がある。)

1 現在の健康状態(該当箇所の番号を○で囲んでください。)

1 特に病気はない 2 持病があり、体力的にも弱い方である 3 病弱でよく医者にかかる 4 その他 ()

2 過去に患った病気(該当箇所の番号を○で囲んでください。)

1 心臓疾患 2 脳卒中・脳血栓等 3 高血圧症 4 低血圧症 5 ぜんそく 6 糖尿病 7 リウマチ・神経痛 8 胃潰瘍 9 腎臓病 10 肝臓病 11 結核 12 白内障 13 骨折 14 認知症 15 その他 () 16 特になし

3 現在患っている病気(該当箇所の番号を○で囲んでください。)

1 心臓疾患 2 脳卒中・脳血栓等 3 高血圧症 4 低血圧症 5 ぜんそく 6 糖尿病 7 リウマチ・神経痛 8 胃潰瘍 9 腎臓病 10 肝臓病 11 結核 12 白内障 13 骨折 14 認知症 15 その他 () 16 特になし

4 現在の身体状況等(該当箇所の番号を○で囲んでください。)

視力	1 普通 2 弱視 3 喪失	聴力	1 普通 2 やや難聴 3 難聴
言語	1 普通 2 障害あり 3 喪失	歩行	1 普通 2 歩行器・杖歩行 3 介助が必要
上肢	1 普通 2 やや不自由 3 不自由	記憶	1 普通 2 やや悪い 3 大変悪い
精神の状況	1 落ちついている 2 やや不安定 3 不安定		

5 現在かかっている医療機関(医療機関名、所在地、電話番号等を記入してください。)

医療機関名	所在地	主治医	病名
病院 医院 科	電話		
病院 医院 科	電話		

6 現在利用中の電話回線の種類(該当箇所の番号を○で囲んでください。)

1 一般電話(アナログ)回線 2 光(電話)回線
3 CATV(ケーブルテレビ)回線 4 ソフトバンクおとくライン
5 その他回線 ()

※ 市記入欄(この欄は、記入しないでください。)

備考

民生委員

氏名 _____

住所 吹田市 _____ 電話番号 _____

吹田市緊急通報システム事業協力員受諾書

吹田市長 宛

※協力員の登録は必須ではない。

年 月 日

※申請者から協力員となってくれる方へ、記入をお願いする。

協力員 住所 吹田市 _____

ふりがな _____

氏名 _____

電話 _____

対象者の氏名を記入

押印は不要

私は、 が、吹田市緊急通報システム事業の利用申請をするに当たり、協力員となること、並びに私の住所、氏名及び電話番号を市が委託する業者並びに民生委員に提供することについて、市が個人情報の秘密保持等について厳重に管理することを条件に承諾します。

また、緊急通報受信センターから安否の確認の依頼があった場合は、対象者（発信者）宅に出向き、状況確認等の協力をします。

対象者の住所と氏名を記入

記

1 対象者 住所 吹田市 _____

氏名 _____

大まかな内容や未記入であっても受付は可

2 協力員宅と対象者宅との案内図等

距離 ()

所要時間 (分)

誓 約 書

年 月 日

吹田市長 宛

対象者又は負担義務者

住所 吹田市

氏名

電話

緊急通報システム事業を利用するに当たり、下記の事項について誓約いたします。

押印は不要

記

- 1 緊急事態発生の場合は、「緊急通報システム事業利用届出書」に基づく、緊急連絡先に連絡をお願いします。
- 2 緊急通報システム事業協力員は、別紙「緊急通報システム事業協力員受諾書」のとおりです。
- 3 申請時に届け出た個人情報を市が委託する業者に提供し、緊急通報時に必要な範囲で活用することについて、市が個人情報の秘密保持等について厳重に管理することを条件に同意します。
- 4 壁付型緊急通報装置を取り付ける際に、住宅にビス穴等、壁に穴が開くことを了承します。また、撤去時の原状回復について、市及び委託事業者へ責めを一切請求しません。
- 5 緊急通報を発信し、市が委託する業者が設置する緊急通報受信センターからの確認連絡に回答しない場合、消防署員又は市が委託する業者の従業員の住宅への立ち入りを認めます。
- 6 緊急時に消防署員又は市が委託する業者の従業員が住宅へ立ち入ることにより、住宅等の一部に破損が生じ、修復等が必要となった場合においても、修復等に係る一切の費用については請求いたしません。

承 諾 書

年 月 日

吹 田 市 長 宛

対 象 者 住 所 _____

対 象 者 氏 名 _____

押印は不要

ファクシミリの使用について

私は、高齢者の在宅福祉サービス、施設福祉サービス及び介護保険サービスを受けるに当たり、吹田市長がサービス提供に必要と認める場合、迅速な処理を行うため申請書類等を関係機関にファクシミリを使用して送付することについて承諾します。

(参考)

吹田市ファクシミリ使用要領 (抜粋)

第1条 この要領は、ファクシミリの使用について必要な事項を定め、使用に当たっての適正な文書管理並びに事務処理の効率化を図ることを目的とする。

第2条 2 個人の秘密に関する情報は、対象文書としない。ただし、次の各号のいずれかに該当する情報はこの限りではない。

- (1) 法令又は条例により、何人でも閲覧することができることとされている情報
- (2) 公表することを目的として作成し、又は取得した情報
- (3) 本人又はその家族が、あらかじめ了承した情報

