

緊急通報システム利用申請書<<1>>

令和 年 月 日

(あて先)前橋市長

緊急通報システムを利用したいので、下記のとおり申請します。
また緊急通報システム利用申請にあたり、下記の内容に同意いたします。

- ・市が住民基本台帳及び介護台帳を調査すること並びに調査結果を申請者へ回答することに同意します。
 - ・市が緊急通報システム利用に伴うサービス実施機関、民生委員等に対し、必要な情報を提供することに同意します。

サービス実施機関へ提供する書類のため、手書きの場合は丁寧に記入してください。

氏名(カナ)			生年月日		年齢
氏 名			☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和	年 月 日	歳
住 所	〒	前橋市			
固定番号	027-		携帯番号		
世帯状況※ ☑してください	☐ ア)75歳以上のひとり暮らし世帯 ☐ イ)65歳以上の一人暮らし世帯又は全ての世帯員が65歳以上の世帯で、事業対象者又は要支援・要介護認定を受けている者もしくは身体障害者、精神障害者保険福祉手帳、療育手帳のいずれかを所持する者がいる世帯(手帳の写しを併せてご提出ください) ☐ ウ) イ)に加えて、64歳未満かつ身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳のいずれかを所持する者で構成された世帯(手帳の写しを併せてご提出ください)				
同居者が いる場合	カ ナ		本人との関係	年齢	介護や障害等の 認定
	氏 名			歳	
	カ ナ		本人との関係	年齢	介護や障害等の 認定
	氏 名			歳	

- ※世帯状況について
- ・住民基本台帳に基づき判定します。
 - ・二世帯住宅は対象外です。
 - ・同一敷地内であっても、全くの別棟であれば対象になる場合があります。

設置日程調整の 連絡先	カ ナ		本人との関係	日中連絡のとれる電話番号
	氏 名			
返却時の連絡先 ※施設入所時等 ※本人以外の者	カ ナ		本人との関係	日中連絡のとれる電話番号
	氏 名			

2枚目も必ず記入してください。

前橋市記入欄	世 帯 状 況(✓)		受 付 印	
	同 一 住 所(✓)			
	介護保険認定状況(✓ or -)			
	介護保険料所得段階			
	自 己 負 担(✓)	☐ 有 ☐ 無		
	緊急通報利用なし世帯(✓)			
	見守りライト利用なし世帯(✓)			

緊急通報システム利用申請書<<2>>

1 身体状態等

現在かかっている 病気やケガ			
今までかかった 大きな病気			
ほか特記事項			
かかりつけの 医療機関		診 療 科	
医療機関の電話番号		夜 間 対 応	☐ 有 ・ ☐ 無

2 認定等(該当するものがある場合、記入してください)

障害等認定 ()内は級等	☐ 身体() ・ ☐ 精神() ・ ☐ 療育() ☐ 難病() ・ ☐ その他 ()			
要介護認定	☐ 申請中 ・ ☐ 事業対象者 ・ ☐ 要支援1 ・ ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ・ ☐ 要介護2 ・ ☐ 要介護3 ・ ☐ 要介護4 ・ ☐ 要介護5			
ケアマネジャー	カ ナ		事 業 所	電 話 番 号
	氏 名			

※ 以下3・4の連絡先は、直接了承を得るとともに、
電話番号に誤りがないかを必ずご確認のうえ、記入してください。

3 緊急連絡先(できれば親族の方／市外でも可)

カ ナ		合 鍵	☐ 有 ・ ☐ 無	電話番号①	
氏 名		関 係		電話番号②	
住 所					

4 協力員(おおむね20分以内に駆けつけることが可能な方) 9時から21時の間のみ連絡が入ります。 緊急連絡先と同じ方でも構いません。3人いない場合も利用可能です。

①	カ ナ		合 鍵	☐ 有 ・ ☐ 無	電話番号①	
	氏 名		関 係		電話番号②	
	住 所				駆けつけ時間	分程度
②	カ ナ		合 鍵	☐ 有 ・ ☐ 無	電話番号①	
	氏 名		関 係		電話番号②	
	住 所				駆けつけ時間	分程度
③	カ ナ		合 鍵	☐ 有 ・ ☐ 無	電話番号①	
	氏 名		関 係		電話番号②	
	住 所				駆けつけ時間	分程度