第１号様式の２（第４条関係）　　平成26年12月1日 改訂版

高齢者シルバーホンシステム利用確認書

年　　月　　日

○ 脳、心臓、呼吸器に慢性疾患がありますか。　（ はい ・ いいえ ）
○ (はいの場合)慢性疾患がある箇所を教えてください。（ 脳 ・ 心臓 ・ 呼吸器 ）
○ 上記の疾患は、常時注意が必要だと診断されていますか。　（ はい ・ いいえ ）
○ 上記の疾患が原因で、搬送されたことはありますか。　（ はい ・ いいえ ）
○ (はいの場合)ここ１年間での搬送回数を教えてください。　（　　回 ）

立 川 市 長　殿

上記の質問に正しく回答し、以下の事項を確認しましたので、同意の上「シルバーホンシステム」の利用を申請します。

対象者署名　　印

（親族署名または押印で代用可）

高齢者シルバーホンシステムを利用するにあたり、次の事項を確認し、同意します。

1　申請書に記載した通報登録先が、通報登録員であることを承諾していること。

2　ＮＴＴのアナログ回線でない場合は機器の取り付けができないこと。

3　電話機の種類、電話回線の種類によっては停電時に通報できない場合があること。

4　緊急通報を発した場合は、通報登録員等や関係機関の者が住宅内へ立ち入ること。

5　緊急時に通報登録員や関係機関の者が住宅内に入るに際し、住宅等の一部に破損が生じても、修復責任を問わないこと。

6　利用者の氏名、住所、世帯状況、死亡、転出、転居等の変更がある場合には速やかに届け出ること。

7　今後、この申請に関して、定期的に市職員が利用者及び利用者の世帯の住民基本台帳及び所得状況を公簿等により調査すること。

8　市助成額以外の費用についてはＮＴＴと契約者との契約約款によるものであること。