

# 高齢者救急通報システム利用申請書

立川市長 殿

年 月 日

別紙『確認書』の内容を承諾した上で、高齢者救急通報システムの利用を申請します。

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	生年	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和
対象者氏名 (代筆可)		<input type="checkbox"/> 女	月日	.	.	日生 歳
住所	立川市	町	丁目		血液型	型
電話番号	( )	FAX・携帯	( )			
介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援( 1・2 ) <input type="checkbox"/> 要介護( 1・2・3・4・5 ) (認定日) . . . (認定期間) . . . ~ . . .					
身体状況	<input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 呼吸器 ※左記慢性疾患で常時注意を要する方が対象です。					
病名、 症状等	上記でチェックした身体状況にかかる病名等、詳しい症状を記入してください。					
救急搬送	脳血管、心臓又は呼吸器疾患が原因での搬送回数・・・ここ1年間で					回
かかりつけ 医療機関	病院名		電話番号			
	(通院中の科	科)	主治医名			
住居	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 (借家の場合は、家屋所有者の承諾書が必要です。)					
建物の用途	<input type="checkbox"/> 専用住宅 <input type="checkbox"/> 共同住宅 <input type="checkbox"/> 店舗併用住宅 <input type="checkbox"/> 店舗併用共同住宅 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 階建ての 階					
ライフ監視センサー (トイレのドアなどに設置し、長時間利用がない場合異常を感知するもの)						<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
ケアマネジャー	事業所名					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	担当者名		電話番号			
随時・夜間対応型訪問介護(看護)の利用 (あり・なし) / 障害福祉課の救急通報の利用 (あり・なし)						
シルバーホンの利用 (あり・なし) / 住居に救急通報システムが (ついている・ついていない)						
添付した書類に ○をつけてください。	利用確認書 / 家屋所有者の承諾書 (自己所有家屋以外の場合) 勤務等状況届 (該当する方のみ)					

上記利用対象者以外への連絡を希望する場合はご記入ください。

申請内容の問い合わせ先 (下記・ケアマネ)  決定通知書の送付先 (下記・ケアマネ)

(氏名) (続柄) (電話番号)

(住所)

..... 以下は記入しないでください。 .....

包括等受付印	課税状況 (個人・世帯・非・生保・中・転入・未) 負担 (無・設置・ライフ)	市・受付印
	世帯状況 (独居・のみ・日中独居・その他)	
包括等 担当者	上記申請について (決定・却下) する	
	起案 . . . 担当 係長 課長	
	決定 . . .	
	施行 . . .	

