第１号様式（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、高齢者シルバーホンシステムの利用を申請します。

ふ り が な		□ 男	生年月日	□ 明治 □ 大正 □ 昭和
対象者氏名		□ 女		・　・　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	□ 未申請 □ 申請中 □ 非該当 □ 要支援(1・2) □ 要介護(1・2・3・4・5) (認定日)　・　・　(認定期間)　・　・　～　・　・			
身体状況	□ 脳　□ 心臓　□ 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、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	□ 持ち家　□ 借家			
電話回線	□ ＮＴＴアナログ　□ ＮＴＴその他		契約者名	
ペンダント（自費）	□ 希望する　□ 希望しない			
ケアマネジャー □ なし □ あり	事業所名			
	担当者名		電話番号	
夜間対応型訪問介護の利用（ あり・なし ）／ 障害関係の緊急通報の利用（ あり・なし ）				
緊急通報の利用（ あり・なし ）／ 住居に緊急通報システムが（ついている・ついていない）				
添付した書類にレをつけてください	□利用確認書　□家族の勤務等状況届（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・ペン）					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	・　・			

親族の状況

ふりがな 氏名	続柄	年齢	住所	電話番号

通報登録先名　　**※必ず記入してください！**

順位	ふりがな 氏名	生年月日	住所 電話番号	合鍵の有無	利用者との関係
1		大・昭・平 ・　・			
2		大・昭・平 ・　・			
3		大・昭・平 ・　・			
4		大・昭・平 ・　・			
5		大・昭・平 ・　・			
6		大・昭・平 ・　・			
7		大・昭・平 ・　・			
8		大・昭・平 ・　・			
9		大・昭・平 ・　・			