

# 在宅福祉サービス事業利用申請書

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市 長

岡崎市の在宅福祉サービス事業を利用したいので申請します。また、申請にあたり次の項目について承諾します。

- \* 申請者及び世帯の住民登録資料の閲覧、市民税課税状況の閲覧・調査
- \* 要介護認定結果、主治医意見書及びサービス利用状況等の介護保険情報等の閲覧
- \* 支給（利用）停止となる場合（喪失届の未提出、長期間利用がない、必要な届出が未提出）があること
- \* 委託事業者、消防、ケアマネジャー等への個人情報及び緊急連絡先等の情報提供

フリガナ 申請者氏名		生年月日 大正 年 月 日 昭和	固定電話
住民票上の住所	〒444- (建物名等) 岡崎市		携帯電話
実際に住んでいる場所	<input type="checkbox"/> 住民票上の住所と同じ <input type="checkbox"/> 住民票の住所と異なる（下欄に記入）		
	〒444- (建物名等) 岡崎市		電話
	居住開始時期	昭和・平成・令和 年 月	
	住民登録を 変更できない 理由		
個人番号 (マイナンバー)			

申請するサービス	<input type="checkbox"/> 1 家族介護用品給付（おむつ券）	<input type="checkbox"/> 3 ひとり暮らし高齢者等緊急通報システム
	<input type="checkbox"/> 2 在宅ねたきり高齢者訪問理美容サービス	<input type="checkbox"/> 4 ひとり暮らし高齢者見守り配食サービス

\* 1～2は退院・退所日の翌日から申請可能。 3・4は退院・退所日の1週間前から申請可能。

退院・退所日	年 月 日
--------	-------

## 連絡先(申請者以外)

フリガナ 氏名		続柄	電話
住所	〒 (建物名等) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		

## 市役所からの郵送先

<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 連絡先（申請者以外）と同じ <input type="checkbox"/> 親族等（下欄に記入）			
フリガナ 氏名		続柄	電話
住所	〒 (建物名等) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		

## 提出代行者

名称	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者	電話 担当：
----	--	-----------

※事務処理欄	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 ( 月 日 到着) 宛名コード ( )
<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 差戻し ( 月 日) <input type="checkbox"/> 却下 ( 月 日)	

申請者氏名	
-------	--

該当する項目にチェック(☑)及び記入してください	居住実態・身体状況が要件に該当しない <input type="checkbox"/> シルバーハウジング(県営)入居者 ※有償貸与
<b>居住実態</b> <input type="checkbox"/> 65歳以上のひとり暮らし <input type="checkbox"/> 同居の親族等が救援要請困難(※ 別途届出書が必要)	<b>固定電話の有無</b> <input type="checkbox"/> あり【 <input type="checkbox"/> プッシュ式 <input type="checkbox"/> ダイヤル式(黒電話等)】 <input type="checkbox"/> なし【無線型を希望します】
<b>身体状況</b> <input type="checkbox"/> 心疾患(狭心症・心筋梗塞等)がある <input type="checkbox"/> 脳血管疾患(脳梗塞、脳出血等)の既往があり、再発の可能性がある <input type="checkbox"/> 呼吸困難に至るおそれのある呼吸器疾患等 <input type="checkbox"/> 転倒時に自力では救援要請が困難と予測される体幹・下肢・神経疾患等 <input type="checkbox"/> 緊急な救護を必要とする上記と同等の状態に陥る可能性が高い疾患等(※ 別途届出書が必要)  上記身体状況により 通院している医療機関名 _____ 電話 _____  主治医名 _____ 上記身体状況に 関わる疾患名 _____	

**設置連絡先**

※ 緊急通報装置設置にあたり、事業者より電話にて訪問の日時調整をします

- 申請者本人   
  緊急連絡先1   
  緊急連絡先2  
 その他(氏名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

**緊急連絡先登録者** (事業者からの要請により、申請者の様態確認・救援活動・関係機関への連絡等を行うか)

※ 2名の緊急連絡先登録者(駆けつけに要する時間が60分以内のかた)の記載が必要です

- 1 フリガナ \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_
- 2 フリガナ \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_

**緊急時の対応**(玄関・勝手口等の開錠ができない場合)

※ 救助の際に建物への侵入が可能な箇所や、壊しても良い箇所について記載してください  
 (例:居間のガラスを割り入る)

救急隊員の判断に任せる

※ 事務処理欄				
<input type="checkbox"/> 65歳以上	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし(住基確認)	<input type="checkbox"/> 誓約書	<input type="checkbox"/> 既往症・疾患等	<input type="checkbox"/> SH有償貸与
<input type="checkbox"/> 緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 届出書(居住状況・疾患等・包括署名)	<input type="checkbox"/> 固定型	<input type="checkbox"/> 無線型	

## 誓 約 書

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市長

利用申請者

〒

住所

(自署または代筆) 氏名

印

(代筆者) 氏名

(代筆理由: )

※代筆の場合は、申請者名の記入と申請者印が必要です。

私は、岡崎市の緊急通報システムを利用するにあたり、以下の事項を固く守ります。

- 1 申請書等に記載された個人情報、岡崎市がシステムの運営を委託した事業者(以下「受託事業者」という。)に提供することに同意します。
- 2 緊急通報を発生し、受託事業者からの様態確認に応じない場合に緊急連絡先、関係機関等が住宅へ立ち入ることを認めます。その際に、住宅の一部に破損が生じても修復責任を問いません。
- 3 電話回線の種類(NTTアナログ回線以外の回線)によっては、機器の動作保障ができない場合があること、さらにその場合の対応工事は申請者負担となることを認め、停電時に対応不可となっても受託事業者及び市の責任を問いません。
- 4 故意または過失により、機器及び付属品を破損もしくは紛失した場合は、賠償を行います。
- 5 岡崎市から、年に1度、緊急連絡先等の登録内容の確認書の提出を求められたときには、必ず定められた期限までに提出します。
- 6 岡崎市に届け出ている登録内容に変更があったときは、速やかに変更届を提出します。
- 7 シルバーハウジング(県営)入居者でない場合は、対象要件から外れたとき、緊急連絡先が確保できなくなったとき、長期間在宅生活が見込まれなくなったとき、その他サービスを必要としなくなったときには、速やかに市に届け出て、返却の手続を行います。
- 8 シルバーハウジング(県営)入居者の場合は、以下の内容に同意します。
  - ・ 緊急通報を発生し、受託事業者からの様態確認に対応できた場合はリセットボタン(玄関近く)を押し、警報音を止めます。
  - ・ 岡崎市シルバーハウジング(県営)入居者緊急通報システム事業実施要綱第4条に規定する対象者とならない場合、機器の利用料を負担します。
  - ・ シルバーハウジングを退去するときは、速やかに市に届け出て、手続を行います。
- 9 無線型緊急通報システムを利用する場合は、機器を自宅敷地内でのみ使用すること、通信会社の通信障害等により利用できない場合があることに同意します。

## 緊急連絡先登録同意書

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市長

申請者氏名

\_\_\_\_\_の緊急通報システムの利用に関し、緊急連絡先として登録し  
下記の内容について同意します。

## 記

- 1 緊急連絡先に登録し、緊急時には申請者の自宅に60分以内に駆けつけます。
- 2 緊急連絡先に登録する電話番号は、常に対応可能な電話番号を登録します。
- 3 事業者から連絡が入った場合は、申請者の安否確認等の対応を引き継いで行います。
- 4 申請者の体調不良等の連絡が入った場合、通院等の対応を引き継いで行います。
- 5 緊急時において事業者から連絡があった場合、その後の対応については市及び事業者  
に、損害賠償等その他の要求は一切しません。
- 6 緊急時に連絡がつかなかった場合、救急搬送後等の対応は、市及び事業者に要求しませ  
ん。
- 7 緊急連絡先に登録している住所、電話番号等に変更が生じた場合は、迅速に市に報告し  
ます。

## 署名及び連絡先情報 (必ず緊急連絡先登録者本人が記入。代筆は不可)

フリガナ				続柄	
署名					
住所	〒				
電話	第1連絡先	自宅・携帯・勤務先	—	—	
	第2連絡先	自宅・携帯・勤務先	—	—	
	第3連絡先	自宅・携帯・勤務先	—	—	
鍵の預かり	有・無	駆けつけ時間	自宅から( 分) 勤務先から( 分)		