

《記入例》

年 月 日

松山市高齢者いきいき支援事業申請書

(宛先) 松山市長

申請者 住 所 松山市 **二番町** **4**丁目 番地
7番 **2**号

個人番号欄

※申請年の1月2日以降に当市に転入された方のみ該当

該当者が記入することで申請時に必要な所得証明書の提出が不要になります。

該当される方は長寿福祉課にご連絡下さい。

フリガナ **コウレイ タロウ**

氏 名 **高齢 太郎**

電話番号 (089) 〇〇〇-〇〇〇〇

携帯番号 (090) 〇〇〇〇-〇〇〇〇

次のとおり松山市高齢者いきいき支援事業の利用を申請します。

利用対象者	住 所 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 松山市 町 丁目 番地 番 号	フリガナ <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	大正・ 昭和 ・西暦 年 月 日生
	氏 名	電話番号 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	個人番号		
同一世帯員	フリガナ	大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日生	
	氏 名	続柄	
	個人番号		
事業名		該当欄 (○印をすること)	希 望 内 容 等
緊急通報体制整備事業	協力者駆け付け方式	据置型 <input checked="" type="radio"/>	設置時連絡先 ※氏名・電話番号・続柄等 高齢 次郎・080-0000-0000・長男
	警備員駆け付け方式	携帯型	
徘徊高齢者家族支援サービス事業			
利用を 適当・不相当 と認める。			

同意書

(緊急通報体制整備事業・徘徊高齢者家族支援サービス事業)を利用するに当たり、下記の事項について同意します。

記

- 1 住民基本台帳, 介護保険の認定状況, 生活保護受給の有無及び市民税の課税状況について, 松山市が調査すること。
- 2 松山市の委託する業者 (再委託業者含む。) に個人情報を含む当申請書の記載内容を提供すること。
- 3 緊急通報体制整備事業を利用する場合において, 緊急通報やその他至急現地での確認が必要になったときは, 必要に応じて緊急連絡先, 協力者及び松山市が委託する業者の警備員等 (以下「関係者」という。) に必要な情報を松山市から関係者に提供し, 又は関係者が自宅に立ち入って利用対象者の状況を確認すること。
- 4 前項の規定により関係者が自宅に立ち入り利用対象者の状況を確認するために, 鍵, 扉その他自宅等の一部をやむを得ず破損等させたときは, その復元に要する費用はすべて利用対象者が負担すること。
- 5 緊急通報体制整備事業 (警備員駆け付け方式) を利用する場合は, 利用対象者が事前に自宅の鍵を準備し, その鍵を松山市が委託する業者が管理すること。

年 月 日

利用対象者

住所 松山市 二番町 4丁目 番地
7番 2号

氏名 高齡 太郎

※利用対象者が自署した場合は, 押印不要

同一世帯員

氏名 _____ 印

※同一世帯員が自署した場合は, 押印不要

利用対象者の方がご自身で氏名を記入した場合、押印は必要ありません。

高齡

第3号様式（第4条関係）

緊急通報体制整備事業利用調査票

利用対象者の状況 ※1～4のいずれかに「はい」のチェックが付く場合に申請されます。また、記載した情報は、委託先の業者に利用者の情報として提供する場合があります。

「はい」「いいえ」に☑をし、右欄の該当箇所にも☑してください。

1. 要介護認定又は要支援認定を受けていますか。	
<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 要介護（1・2・3・4・5）・ <input checked="" type="checkbox"/> 要支援（1・2）
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 申請中又は申請予定・ <input type="checkbox"/> 申請予定なし
2. 心疾患、脳血管疾患、呼吸器疾患など日常生活で常に注意を払うべき疾患はありますか。	
<input checked="" type="checkbox"/> はい	現在の疾病、既往症、症状等 (例)狭心症のため救急搬送されたことがある。再度症状が出た場合呼吸困難に陥る恐れがある。 (例)昨年脳卒中を発症し、再発の恐れがある。
<input type="checkbox"/> いいえ	
3. 認知症であると診断を受けていますか。	
<input checked="" type="checkbox"/> はい	診断された時期、症状等 (例)診断された時期：昨年6月 症状：短期記憶に障がいがある。
<input type="checkbox"/> いいえ	
4. その他、通常の電話機では外部との連絡が難しい状況がありますか。	
<input checked="" type="checkbox"/> はい	状況等 (例)〇〇の疾患により言語障がいがあり、とっさに言葉が出にくい。
<input type="checkbox"/> いいえ	

「はい」に☑をした場合は、右欄に詳細を記入してください。

上記の記載事項は事実と相違ありません。もし事実でないことが判明し、利用対象者の要件に該当しなかったときは、緊急通報装置の利用を終了します。

(宛先) 松山市長

年 月 日

(申請者氏名) 高齡 太郎

申請理由
(例)ひとり暮らしであり、心疾患の持病がある。今後も悪化する可能性があるため、緊急時に対応することができる緊急通報装置の設置を希望する。

緊急連絡先（親族等）					
※緊急時には受信センターが以下の連絡先へ連絡することを承諾します。					
1	氏名	フリガナ コウレイ ジロウ 高齡 次郎	申請者との関係	長男	電話番号 948 - 〇〇〇〇 携帯番号 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	住所	松山市〇〇町〇番地〇			
2	氏名	フリガナ コウレイ マツオ 高齡 松夫	申請者との関係	次男	電話番号 03-〇〇〇-〇〇〇 携帯番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	住所	東京都〇〇区〇〇〇〇			

最低一人記入してください。松山市在住でない方も記入できます。