

様式第1号（第5条関係）

## 小樽市在宅虚弱高齢者緊急通報システム助成事業利用申請書

(宛先) 小樽市長

私は、慢性疾患により、日常生活上常時注意を要する状態にあるため、小樽市在宅虚弱高齢者緊急通報システム助成事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、本書に記載した私の個人情報を、サービス提供事業者など関係する者に提供すること、また、関係機関に疾患等を確認することに同意します。

令和 年 月 日

申請者 (利用する人)	住所	小樽市 町 丁目 番 号 方書				
	ふりがな 氏名	(自署した場合は押印を省略できます。)			電話	携帯
					電話	自宅
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	年齢 歳	
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
疾患名	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
助成事業の利用状況	<input type="checkbox"/> 初めて利用する <input type="checkbox"/> この助成事業を利用したことがある ( 年 月頃)					
居宅サービス 計画届出事業所	事業所の名称: (担当ケアマネージャー ) ※利用していない場合は地域の包括支援センター職員が利用希望者宅へ実態調査に伺います。					
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 東日本電信電話 <input type="checkbox"/> 協和総合管理 <input type="checkbox"/> セコム(固定型) <input type="checkbox"/> セコム(携帯型) <input type="checkbox"/> 総合警備保障 <input type="checkbox"/> 中央ビルメンテナンス					
対応する方 (連絡先)	サービス提供事業者との対応について、申請者(利用者)本人以外が対応する場合は、以下に記入してください。 <input type="checkbox"/> 業者からの機器設置の説明等がありますので、対応できる方について記入してください。 <input type="checkbox"/> この申請書に記載された対応する方(連絡先)の個人情報を、サービス提供事業者や地域の包括支援センターに提供しますので、了承の上、対応する方(連絡先)となる本人が署名してください。 ※署名をいただけない場合は、小樽市から連絡先へ直接お電話等にて確認しますので、お申し出ください。					
	住所				申請者との関係	
	氏名	<input type="checkbox"/> (自署した場合は押印を省略できます。)				
	日中の連絡先	(携帯)	(自宅)			

提出代行者 (申請者と違う場合に記入)	名称	氏名	関係
	住所	電話 ( )	

事務処理欄	有効宛名番号	世帯の状況			※ 連絡先個人情報取得及び業者提供の同意
		独居・高齡のみ・他 ( )			
	世帯番号	被保険者番号	介護度		電話 ( / ) ㊞
			支 介 1 2 3 4 5		その他 ( / ) ㊞