

様式第1号(第5条関係)

河内長野市高齢者等総合見守りシステム登録申請書 兼 誓約書

年 月 日

(宛先) 河内長野市長

下記のとおり高齢者等総合見守りシステムの登録を申請します。

記

申請者	フリガナ			
	氏名		生年月日	年 月 日
	電話番号	(携帯)		
	備考			
	フリガナ			
	氏名		生年月日	年 月 日
	電話番号	<input type="checkbox"/> 同上	(携帯)	
	備考			
	フリガナ			
	氏名		生年月日	年 月 日
	電話番号	<input type="checkbox"/> 同上	(携帯)	
	備考			
住所	河内長野市			
区分	高齢者	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他 ()		
	障害者	<input type="checkbox"/> 重度身体障害者 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	その他	<input type="checkbox"/> ()		
緊急連絡先	(協力員)			
	第1	氏名		電話番号
		住所		続柄等
	第2	氏名		電話番号
		住所	<input type="checkbox"/> 同上	続柄等
電話回線 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>)		<input type="checkbox"/> NTTアナログ回線 <input type="checkbox"/> 固定電話無し <input type="checkbox"/> NTTアナログ回線以外 (SIMカード利用)		
備考				

裏面もご記入ください

高齢者等総合見守りシステムへの登録にあたり、次の事項について誓約します。

1. 私は河内長野市高齢者総合見守りシステムの利用に関し、市及び関係機関等が対応した措置(住居内への立ち入り、住居等への破損行為等)について、いかなる苦情、賠償請求、訴訟等を申し立てません。
2. 利用にあたり、市が必要と認める関係機関への個人情報の提供や調査・訪問等に協力することを同意します。
3. 装置の紛失、き損があった場合は、有償実費負担となることに同意します。
4. 河内長野市高齢者等総合見守りシステム運営事業の利用に関し必要となる住民基本台帳、市民税課税台帳、生活保護台帳等における個人情報について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。
5. 河内長野市高齢者等総合見守りシステム運営事業で貸与される緊急通報装置について、NTTアナログ電話回線での利用が前提となっており、それ以外の回線を利用した場合、緊急・相談ボタンが起動しない、定時通報等が実施されない、または周辺機器の不良が生じる等の不具合により、通常のサービスが提供されない場合がある旨を理解しました。

私は、NTTアナログ電話回線以外の回線を利用した場合に発生した不具合に起因するいかなる苦情、賠償請求、訴訟等について、市及び関係機関等に対し一切申し立てないことを誓約します。

申請者氏名 _____

申請者氏名 _____

申請者氏名 _____

河内長野市高齢者等総合見守りシステム登録者状況表

登録者について	氏名			性別	男・女	
	生年月日	年 月 日				
	住所	河内長野市				
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 事業対象者	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要介護 ()	身体障害者 手帳	障害名 級	
	視力障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(生活に障害：大いにあり・あり・あまりない)			
	聴力障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(生活に障害：大いにあり・あり・あまりない)			
	言語障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(生活に障害：大いにあり・あり・あまりない)			
	意志表示	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 少しあり	<input type="checkbox"/> 無		
	歩行	<input type="checkbox"/> ほとんど歩けない	<input type="checkbox"/> 車イスは使用できる	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> できる(補助具使用も含む)	
	立位	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> できる		
	座位	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> できる		
	寝返り	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> できる		
	衣類着脱	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> できる		
	食事	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> できる		
	排尿排便	<input type="checkbox"/> いつもおむつ	<input type="checkbox"/> 夜間おむつ	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> できる(ポータブル・尿器・便器使用も含む)	
	入浴	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> できる		
	会話理解	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 少しできる	<input type="checkbox"/> できる		
	情緒表出	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 少しあり	<input type="checkbox"/> 無	※情緒表出…喜怒哀等の感情の動きが見受けられるかどうか	
	行動	<input type="checkbox"/> 特にかわったところはない <input type="checkbox"/> 下記の問題行動がある <input type="checkbox"/> 不潔な行為がある <input type="checkbox"/> 性的な問題行動がある <input type="checkbox"/> 昼と夜の区別がない <input type="checkbox"/> 自傷行為、火の不始末がある <input type="checkbox"/> その他の問題行動がある 具体的に() <input type="checkbox"/> 目的なく歩き回る <input type="checkbox"/> 興奮して騒ぐ <input type="checkbox"/> 攻撃的である <input type="checkbox"/> 現実と違う行動がある				
	主な病気	病名	連絡先			
		主治医	医療機関名：	電話		
			医療機関名：	電話		
備考	現在利用中の 居宅介護支援事業所名 _____ 電話番号 _____ 担当ケアマネジャー氏名 _____				※記入不要 (担当包括) 東部・中部・西部	

※この状況表は、緊急及び相談通報時に適切な対応ができるように提出していただくものです。
それ以外の目的には使用しません。

様式第5号(第8条関係)

河内長野市高齢者等総合見守りシステム利用料助成申請書

年 月 日

(宛先) 河内長野市長

河内長野市高齢者等総合見守りシステム運営事業要綱第8条の規定に基づき、下記のとおりシステム利用料金の助成を受けたいので申請します。

記

区 分		<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 身体障害者	<input type="checkbox"/> その他
申請者 (利用登録者)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	河内長野市		
	電話番号			
利用登録者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
※利用登録者世帯のうち、前年中の市民税課税所得金額(1月から6月までの間の申請に当たっては、前々年分)が最も高い者				
氏 名		生年月日	年 月 日	

※申請年の1月1日に本市に住所を有しない場合は、前年中の市民税課税所得金額を証する書面を添付してください。