

緊急通報システム利用申込書

豊中市長 あて



申込者 住所 豊中市中桜塚x-x-x-101

(本人または親族) 氏名 00 000 続柄 (本人)

電話 06 - xxxx - xxxx

下記のとおり、緊急通報システムの利用を申込みます。

Form containing personal information, address, contact details, and emergency contact information for the alarm system application.

緊急通報システム協力員登録承諾書

緊急通報システム利用者		※世帯で申込の場合は連名で記入してください。	
氏名	〇〇 〇〇〇		

登録する協力員			
ふりがな	〇〇〇〇 〇〇〇	生年月日	大正・昭和・平成
氏名	〇〇 〇〇		40年XX月XX日
電話番号	06-XXXX-XXXX	対象者との関係	長男
携帯番号	090-XXXX-XXXX	【市役所処理欄】 協力員① ・ 協力員②	

私は緊急通報システム設置対象者からの依頼により、下記の緊急通報システム「協力員」としての活動を理解し納得しましたので、協力員登録に承諾します。

◎ 協力員の活動について

- (1) 協力員の方は、利用者から自宅の鍵（以下、「合鍵」という）を預かってください。合鍵は厳重に保管し、緊急時以外は使用しないでください。また、利用者が緊急通報システムを使用しなくなった時は、保管している合鍵を利用者に返却してください。
- (2) 協力員の方は、消防局からの連絡により、利用者の自宅に合鍵を持って駆けつけ、安否や状況等を確認してください。
- (3) 救急隊が出動する場合は、救急車が来るまで利用者に付き添ってください。
- (4) 協力員の方の住所・氏名・電話番号などが変更になった時には、豊中市長寿安心課（TEL06-6858-2237）までご連絡ください。なお、協力員になることで知り得た利用者の個人情報、他に洩らさないでください。協力員を退任した後も同様とします。

豊中市長 あて

協力員 住所： 大阪府豊中市〇〇〇町1-X-X-XXXX

氏名（自筆）： 〇〇 〇〇 (※)

(※) 本人が自署しない場合は、記名押印してください。

緊急通報システム協力員登録承諾書

緊急通報システム利用者		※世帯で申込の場合は連名で記入してください。	
氏名	〇〇 〇〇〇		

登録する協力員			
ふりがな	〇〇〇〇 〇〇〇〇	生年月日	大正・昭和・平成
氏名	〇〇 〇〇		XX年 XX月 XX日
電話番号	06-XXXX-XXXX	対象者との関係	孫
携帯番号	080-XXXX-XXXX	【市役所処理欄】 協力員① ・ 協力員②	

私は緊急通報システム設置対象者からの依頼により、下記の緊急通報システム「協力員」としての活動を理解し納得しましたので、協力員登録に承諾します。

◎ 協力員の活動について

- (1) 協力員の方は、利用者から自宅の鍵（以下、「合鍵」という）を預かってください。合鍵は厳重に保管し、緊急時以外は使用しないでください。また、利用者が緊急通報システムを使用しなくなった時は、保管している合鍵を利用者に返却してください。
- (2) 協力員の方は、消防局からの連絡により、利用者の自宅に合鍵を持って駆けつけ、安否や状況等を確認してください。
- (3) 救急隊が出動する場合は、救急車が来るまで利用者に付き添ってください。
- (4) 協力員の方の住所・氏名・電話番号などが変更になった時には、豊中市長寿安心課（TEL06-6858-2237）までご連絡ください。なお、協力員になることで知り得た利用者の個人情報、他に洩らさないでください。協力員を退任した後も同様とします。

豊中市長 あて

協力員 住所： 大阪府豊中市〇〇〇町1-X-X-XXXX

氏名（自筆）： 〇〇 〇〇 (※)

(※) 本人が自署しない場合は、記名押印してください。

緊急通報システム利用対象者身体状況届出書

豊中市長 あて

利用者	住所	豊中市 中桜塚×-×-×-101
	氏名	〇〇 〇〇〇

利用者の現在の身体状況は、次のとおりです。

現在患っている病気の詳細や救急搬送歴	現在、かかっている病気に○印で囲んでください。		
	1. 心臓疾患	2. 脳梗塞・脳血栓等	3. 高血圧症
	4. 低血圧症	5. 喘息	6. 糖尿病
	7. リューマチ・神経痛	8. 胃腸病	9. 腎臓病
	10. 肝臓病	11. 肺結核	12. 眼疾患（白内障等）
	13. 骨折（部位）	14. その他（）	
	昭和56年に腸閉塞により入院・手術。平成3年から高血圧症により薬を飲み始めた。		
	平成29年に脳梗塞により、救急搬送され、入院・手術。その後リハビリを受け、今も薬を飲んでいる。10年くらい前に足を骨折したことがあり、今も時々歩くときに痛くなる。		
	●救急搬送歴（有・無）		
	直近の搬送時期等：平成29年11月頃脳梗塞により、救急搬送		
●精神障害者手帳・療育手帳の所持（有・無）			
精神障害者保健福祉手帳3級（〇〇〇〇〇障害）を所持している。			

各項目の該当するものに丸をしてください。

視力	普通に見える (文字・人の顔がわかる)	あまり見えない (人の姿はわかる)	ほとんど見えない	
聴力	普通に聞こえる (両耳とも聞こえる)	あまり聞こえない (片耳は聞こえる・補聴器使用で聞こえる)	ほとんど聞こえない	
言語	普通に話せる	少し話せる	単語程度話せる	話せない
歩行	可能 (ひとりで歩ける)	困難である (介助等必要である)	車いすを利用している	寝たきりの状態である
両手	普通に動く (両手とも動く)	少し不自由 (片手が動きにくい・両手とも少し動きにくい)	著しく不自由 (両手とも非常に動きにくい)	

●医療機関受診状況

	医療機関名・住所・電話番号	主治医名・診療科・ 通院頻度・通院又は往診	病名
1	医療機関名 〇〇〇〇〇〇病院	主治医名 〇〇〇〇先生	脳梗塞
		診療科 脳神経外科	
	住所 豊中市〇〇〇〇町X-X-X	通院等頻度 2週間に 1回 カ月に 回	
	電話番号 06-XXXX-XXXX	通院 ・往診 ※どちらかに丸をしてください。	
2	医療機関名 〇〇〇〇医院	主治医名 〇〇〇〇先生	高血圧症
		診療科 内科	
	住所 豊中市〇〇〇〇町X-X-X-XX	通院等頻度 週間に 回 1カ月に 1回	
	電話番号 06-XXXX-XXXX	通院 ・往診 ※どちらかに丸をしてください。	
3	医療機関名	主治医名	
		診療科	
	住所	通院等頻度 週間に 回 カ月に 回	
	電話番号	通院・往診 ※どちらかに丸をしてください。	
4	医療機関名	主治医名	
		診療科	
	住所	通院等頻度 週間に 回 カ月に 回	
	電話番号	通院・往診 ※どちらかに丸をしてください。	

●身体障害者手帳の有無 (**有**) ・ 無) → 「有」の場合は等級を記入してください。

等級	2 級	障害名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇障害
手帳番号	豊中市 第 10XXXXXXXXXX 号	交付年月日	昭和・ 平成 ・令和 29年 8月 XX日

●介護保険の状況

要介護認定・ 要支援認定	未申請・申請中・総合事業対象者・要支援1・要支援2・ 要介護1 ・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 認定年月日 平成29年XX月XX日
居宅介護支援事業者 または地域包括支援 センター	居宅介護支援事業者名 または 地域包括支援センター名 (〇〇〇〇〇〇〇〇〇ケアプラン〇〇〇) 住所 (豊中市〇〇〇〇〇) 電話 (06-XXXX-XXXX) 担当者名 (〇〇 〇〇)

居宅介護支援事業者名 または 地域包括支援センター名は正式名称を記入してください。

緊急通報システム利用誓約書

豊中市長 あて

住 所 豊中市 中桜塚X-X-X-101

利用者 氏 名(自筆) 〇〇 〇〇〇 (※)

電 話 06 - XXXX - XXXX

(※) 本人が自署しない場合は、記名押印してください。

(※) 世帯で申込の場合は連名で記名してください。

私は、緊急通報システムの利用を申込するにあたり、次の事項を承諾し固く守ることを誓約します。

1. 利用が決定した際に、豊中市（以下「市」という。）が、私の個人情報を豊中市消防局と相談通報受信先に通知することを承諾します。
2. 設置を受けた緊急通報装置は壊さないように丁寧に取り扱い、これを他人に譲る、売る、貸すなど、他の目的には使用しません。
3. 緊急通報装置は緊急に援助を要するときに使用し、それ以外の目的でみだりに使用しません。
4. 私の不注意により、設置している緊急通報装置の一部若しくは全部を破損又は紛失したときは、直ちに豊中市に申し出たうえ、責任をもって復元します。
5. 緊急通報装置の設置、システム利用及び廃止により発生した利用料・通話料等の費用は責任をもって負担します。また、設置・廃止に伴い、修復費用が発生したときは、責任をもって負担します。このほか、市が負担する以外の費用は責任をもって復元します。
6. 緊急通報装置の設置を受けている間は、私の近隣において緊急時に対応できる『協力員』を確保し、『協力員』には、緊急時に速やかに私の自宅に出向き、対応をすることの承諾を得、そのために自宅の合鍵を『協力員』に預けます。鍵を預かる『協力員』が見つからない場合は、市の定める業者に合鍵を預けます。
7. 次のいずれかに該当するときは、速やかに市へ届け出します。
 - (1) 氏名・住所・電話番号の変更があったとき。
 - (2) かかりつけの医療機関等の変更や身体状況に大きな変化があったとき。
 - (3) 届け出ている協力員の変更や登録している協力員の住所・電話番号等に変更があったとき。
 - (4) 緊急通報装置に接続する電話回線の種別に変更があったとき。
 - (5) 施設（老人ホーム）等に入所又は病院に長期入院したとき。
 - (6) 家族と同居、市外転出など緊急通報装置を必要としなくなったとき。
8. 前項（5）または（6）などにより緊急通報装置を必要としなくなったときは、貸与を受けた緊急通報装置をすみやかに市へ返還します。
9. 私からの緊急通報により、消防局からの『確認電話』に応答がない場合は、関係職員等の立ち入りを認めます。また、救助活動により、私の住居等の一部に破損を生じた場合は、その復元に要する費用は私が全額負担し、市には責任は問いません。
10. 緊急通報と接続する電話回線は、NTTの一般加入電話回線（アナログ回線）以外を使用するときは、停電時などにおいて不通となる場合があることを理解納得の上で承諾書を提出します。また、これにより起因するいかなる苦情や損害賠償責任も一切問いません。

(利用者控)

20210401

緊急通報システム利用誓約書

豊中市長 あて

住 所 豊中市 中桜塚×-×-×-101

利用者 氏 名(自筆) 〇〇 〇〇〇 (※)

電 話 06 - XXXX - XXXX

(※) 本人が自署しない場合は、記名押印してください。

(※) 世帯で申込の場合は連名で記名してください。

私は、緊急通報システムの利用を申込するにあたり、次の事項を承諾し固く守ることを誓約します。

1. 利用が決定した際に、豊中市（以下「市」という。）が、私の個人情報を豊中市消防局と相談通報受信先に通知することを承諾します。
2. 設置を受けた緊急通報装置は壊さないように丁寧に取り扱い、これを他人に譲る、売る、貸すなど、他の目的には使用しません。
3. 緊急通報装置は緊急に援助を要するときに使用し、それ以外の目的でみだりに使用しません。
4. 私の不注意により、設置している緊急通報装置の一部若しくは全部を破損又は紛失したときは、直ちに豊中市に申し出たうえ、責任をもって復元します。
5. 緊急通報装置の設置、システム利用及び廃止により発生した利用料・通話料等の費用は責任をもって負担します。また、設置・廃止に伴い、修復費用が発生したときは、責任をもって負担します。このほか、市が負担する以外の費用は責任をもって復元します。
6. 緊急通報装置の設置を受けている間は、私の近隣において緊急時に対応できる『協力員』を確保し、『協力員』には、緊急時に速やかに私の自宅に出向き、対応をすることの承諾を得、そのために自宅の合鍵を『協力員』に預けます。鍵を預かる『協力員』が見つからない場合は、市の定める業者に合鍵を預けます。
7. 次のいずれかに該当するときは、速やかに市へ届け出します。
 - (1) 氏名・住所・電話番号の変更があったとき。
 - (2) かかりつけの医療機関等の変更や身体状況に大きな変化があったとき。
 - (3) 届け出ている協力員の変更や登録している協力員の住所・電話番号等に変更があったとき。
 - (4) 緊急通報装置に接続する電話回線の種別に変更があったとき。
 - (5) 施設（老人ホーム）等に入所又は病院に長期入院したとき。
 - (6) 家族と同居、市外転出など緊急通報装置を必要としなくなったとき。
8. 前項（5）または（6）などにより緊急通報装置を必要としなくなったときは、貸与を受けた緊急通報装置をすみやかに市へ返還します。
9. 私からの緊急通報により、消防局からの『確認電話』に応答がない場合は、関係職員等の立ち入りを認めます。また、救助活動により、私の住居等の一部に破損を生じた場合は、その復元に要する費用は私が全額負担し、市には責任は問いません。
10. 緊急通報と接続する電話回線は、NTTの一般加入電話回線（アナログ回線）以外を使用するときは、停電時などにおいて不通となる場合があることを理解納得の上で承諾書を提出します。また、これにより起因するいかなる苦情や損害賠償責任も一切問いません。

(市保管用)

20210401

緊急通報システム合鍵預託申込書

豊中市長 あて

緊急通報システム利用を希望しますが、「協力員」が見つからないため、下記の内容に同意し、自宅の合鍵の預託を申込みます。

記

委託業者に鍵を預けるにあたり、以下のことに同意します。

- (1) 委託業者・豊中市消防局への氏名・住所・連絡先の情報提供を行うこと。
- (2) 預けた鍵は、消防局からの要請にのみ使用し、たとえ利用者本人・家族の依頼であっても、鍵を持ち出すことができないこと。
- (3) 緊急通報システムの利用を取消した場合は、鍵の返却に応じること。
利用者本人が返却に応じることができない場合は、親族が鍵の返却に応じること。また、親族がいない場合等返却が困難な場合は、委託業者が合鍵を焼却することに同意すること。

利用者 住 所：豊中市 中桜塚X-X-X-101

氏 名（自筆）：OO OOO (※)

(※) 本人が自署しない場合は、記名押印してください。

(※) 世帯で申込の場合は連名で記名してください。

<市役所処理欄>

利用者 ID	
--------	--

NTT アナログ回線以外を
ご利用の場合

(様式第15号)

緊急通報システム他回線利用承諾書

豊中市福祉部長寿安心課 あて

緊急通報システム事業委託事業者 あて

私は、豊中市緊急通報システムを利用するにあたり、下記の注意事項について十分理解・納得し、承諾しました。よって、NTTアナログ回線以外の電話回線を利用していることにより発生した不具合に起因するいかなる苦情または損害賠償について、豊中市ならびに委託事業者に対して申立てないことを誓約します。

【緊急通報システムのご利用に関する注意事項】

緊急通報システムについて、NTTアナログ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

- ・ 緊急ボタンや相談ボタンが起動しない。
- ・ 定時通報が正常にされない。
- ・ インターネットの接続スピードが落ちる。
- ・ 電話の音声に雑が入る

等の障害により、通常サービスを提供できない場合があります。

令和〇年（20××年） 4月 15日

住 所 豊中市中桜塚×-×-×-101

氏 名(自筆) 〇〇 〇〇〇 (※)

(※) 本人が自署しない場合は、記名押印してください。

(※) 世帯で申込の場合は連名で記名してください。

この承諾書は、豊中市と委託事業者で保管と情報共有をさせていただきます。

緊急通報システム利用にかかる申立書

利用者氏名		00 000	
同居者の状況	1	氏名	00 00
		勤務（通学）先名称	0000工務店
		勤務（通学）先所在地	兵庫県00000000X-X-X 電話 078-XXXX-XXXX
		勤務（通学）時間	6時 30分 ~ 21時 20分
		勤務日	月・火・水・木・金・土・日
	2	氏名	00 0000
		勤務（通学）先名称	(株)00000 水曜日は不定期で出勤
		勤務（通学）先所在地	大阪市北区0000X-X-X 電話 06-XXXX-XXXX
		勤務（通学）時間	9時 00分 ~ 17時 00分
		勤務（通学）日	月・火・水・木・金・土・日
	3	氏名	00 0
		勤務（通学）先名称	0000大学
		勤務（通学）先所在地	京都府000000X-X-X 電話 075-XXXX-XXXX
		勤務（通学）時間	8時 00分 ~ 18時 30分
		勤務（通学）日	月・火・水・木・金・土・日
利用者が一人となる時間帯	ほぼ毎日 ・ 1週間に（ 5 ）日 9時 ~ 17時		
利用者が一人となる時間帯が発生する理由	通勤・通学・その他（ ）		

(1) 必要に応じて、同居者の状況を確認することがあります。

(2) 利用者が、居宅で一人となる期間が週4日以上、1日あたり8時間程度で、一定期間継続する場合を対象とします。

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

なお、上記内容に事実と反することが判明した場合は、緊急通報システム等の利用を取消されても異議を唱えません。

20XX年 X月 XX日

豊中市長あて

(利用者氏名) (自筆) 00 000 (※)

(※) 本人が自署しない場合は、記名押印してください。