

携帯型緊急通報機器等貸与申請書

令和 年 月 日

刈谷市長

申請者 住所又は所在地 .....

(事業者等が申請する場合は記載)  地域包括支援センター (包括名 )

居宅介護支援事業所等 (事業所名 )

氏 名

(家族等の場合) ..... (続柄 )

電 話 番 号 ( ) — .....

次のとおり申請します。

対象者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住 所	<input type="checkbox"/> 同上			
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 同上			
	血 液 型			アレルギー	
	持 病				
	手 帳 等 級			障 害 名	
要 件 ※いずれか 1 つに <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 65歳以上のひとり暮らしの高齢者 <input type="checkbox"/> 要介護認定又は要支援認定を受けた者のうち、認知症の状態にあり、はいかいの症状があるもの <input type="checkbox"/> その他 ( )				
かかりつけ医療機関名 (※1か所は夜間対応が可能なもの)		電 話 番 号		診 療 科 等	

【市確認欄 対象要件等】

◎対象要件

受給要件	認知症高齢者の日常生活自立度
<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者（事業対象）（◎同意書 ↓）	<input type="checkbox"/> 自立（事業非対象※貸与できません）
<input type="checkbox"/> 要介護・支援認定を受け、認知症の状態にあり、はいかいの症状のある者（右欄➡）	<input type="checkbox"/> ランク I 以上（事業対象）

◎同意書※条件に応じて2種類あり。

声の訪問	電話機（携帯含）の有無
<input type="checkbox"/> あり（右欄➡）	<input type="checkbox"/> あり（同意書A）
<input type="checkbox"/> なし（同意書A）	<input type="checkbox"/> なし（同意書B）

受付

※同意書A…協力者2名の電話番号登録可。

※同意書B…声の訪問、電話（携帯含）なし、番号登録追加希望者であって、市民税が非課税の場合は協力者2名+8名の電話番号登録可。

携帯型緊急通報機器等貸与申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

刈谷市長

申請者 住所又は所在地 刈谷市〇〇町〇丁目〇番地

(事業者等が申請する場合は記載)  地域包括支援センター (包括名 )

居宅介護支援事業所等 (事業所名 )

氏 名 対象者もしくは家族

(家族等の場合) (続柄本人 or 子等)

電 話 番 号 (〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇

次のとおり申請します。

対象者	フリガナ	<u>カリヤ タロウ</u>		生年月日	<u>昭和〇年〇月〇日</u>
	氏 名	<u>刈谷 太郎</u>			
	住 所	<input type="checkbox"/> 同上	<u>刈谷市〇〇町〇丁目〇番地</u>		
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 同上	<u>(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇</u>		
	血 液 型	<u>A 型</u>		アレルギー	<u>そば、卵</u>
	持 病	<u>糖尿病、高血圧</u>		<small>(※) 障害者手帳を所持している方は記入してください。</small>	
	手帳等級	<u>※身体障害者手帳3級</u>	障 害 名	<u>※視力障害</u>	
要件 ※いずれか1つに	<input checked="" type="checkbox"/> 65歳以上のひとり暮らしの高齢者 <input type="checkbox"/> 要介護認定又は要支援認定を受けた者のうち、認知症の状態にあり、はいかいの症状があるもの <input type="checkbox"/> その他 ( )				
かかりつけ医療機関名 <small>(※1か所は夜間対応が可能なもの)</small>		電話番号		診療科等	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病院		<u>(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇</u>		<u>内科</u>	
<u>△△医院 (クリニック)</u>		<u>(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇</u>		<u>泌尿器科</u>	

【市確認欄 対象要件等】

◎対象要件

受給要件	認知症高齢者の日常生活自立度
<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者 (事業対象) (◎同意書 ↓)	<input type="checkbox"/> 自立 (事業非対象※貸与できません)
<input type="checkbox"/> 要介護・支援認定を受け、認知症の状態にあり、はいかいの症状のある者 (右欄→)	<input type="checkbox"/> ランク I 以上 (事業対象)

◎同意書※条件に応じて2種類あり

声の訪問	電話機 (携帯含)の有無
<input type="checkbox"/> あり (右欄→)	<input type="checkbox"/> あり (同意書 A)
<input type="checkbox"/> なし (同意書 A)	<input type="checkbox"/> なし (同意書 B)

市職員記入欄

※同意書 A…協力者2名の電話番号登録可。

※同意書 B…声の訪問、電話 (携帯含) なし、番号登録追加希望者であって、市民税が非課税の場合は協力者2名+8名の電話番号登録可。