

安心連絡システム利用申請書

裏面の注意事項を確認・了承の上、安心連絡システムの利用を申請します。

利用者 (申請者)	住 所	長岡市		男 ・ 女
	フリガナ		生年月日	大正・昭和
	氏 名	Ⓜ		年 月 日(歳)
	固定電話番号	※システムの利用には固定電話が必要です		携帯電話番号

緊急対応や見守り活動に協力します。 ※電話は主に緊急時に行うものですので、可能な限り多くの電話番号を書いてください。

近隣 協力者 ①	住 所		駆けつけ時間： 分 合鍵： 持っている ・ いない
	フリガナ		続柄：
	氏 名	Ⓜ	
近隣 協力者 ②	住 所		駆けつけ時間： 分 合鍵： 持っている ・ いない
	フリガナ		続柄：
	氏 名	Ⓜ	
親族 ①	住 所		駆けつけ時間： 分 合鍵： 持っている ・ いない
	フリガナ		続柄：
	氏 名	Ⓜ	
親族 ②	住 所		駆けつけ時間： 分 合鍵： 持っている ・ いない
	フリガナ		続柄：
	氏 名	Ⓜ	
民生委員 氏名		Ⓜ	電話番号：
地域包括支援センター名			電話番号：
居宅介護支援事業所名及び 担当ケアマネジャー名			電話番号：
機器設置時の立会者 (必要に応じて任意)		続柄：	電話番号：

(長岡市使用欄)

ID：	地域：	利用者負担金区分：
-----	-----	-----------

●生活状況

就寝・起床時間	就寝時間：夜 時頃 起床時間：朝 時頃
定期的な外出・外泊 (行き先・日にち・曜日・時間)	

●健康状態

介護保険の認定	認定を受けていない ・ 要支援 () ・ 要介護 () ・ 申請中
障害者手帳	なし ・ あり 身体障害者手帳 _____ 障害 級 療育手帳 A ・ B 精神保健福祉手帳 級
視 力	ふつう ・ よくみえない ・ 見えない
聴 力	ふつう ・ 聞こえにくい ・ 聞こえない
歩 行	ふつう ・ つかまって歩く ・ 杖等使用 ・ 困難
かかりつけの病院	
持 病	
飲んでいる薬	
その他	

●注意事項

- 緊急通報の精度を高めるため、利用者の所有する固定電話回線を使用します。その際には電話の通話料がかかりますのでご了承ください(相談ボタンによる通話は無料です)。また、通報装置は電気を使用しますので併せてご了承ください。
- 使用する固定電話回線がNTT一般電話(アナログ)回線以外の場合は、システムが正常に作動しない可能性があります。**なお、**下記の固定電話回線についてはシステムが作動しないため、安心連絡システムを利用できません。**
 KDDI「ホームプラス電話」 ソフトバンク「おうちのでんわ」「おとくライン」
- 光電話回線の場合は、停電時にシステムが作動しません。**また、電話機に通話録音装置等を取り付けている場合、システムが正常に作動しない可能性があります。
- 電話回線の問題及び通話録音装置等を取り付けたためにシステムが正常に作動しなかったことにより、利用者に不利益が生じた場合、長岡市及び委託業者は一切の責任を負いません。
- 故意・過失などによって機器を破損・紛失した場合の復旧費用は、利用者が負担してください。
- 緊急時に安否を確認する必要がある場合には、消防署員などがガラス窓や玄関ドアなどを壊して自宅に入る場合がありますが、長岡市及び委託業者は修復費用を負担しません。利用者が負担してください。**
- 利用者負担金の算定にあたり、毎年、市民税の課税状況等を確認させていただきます。
- 事業運営(緊急対応や見守り活動など)のため、長岡市、委託業者、近隣協力者、親族、民生委員及び地域包括支援センター等と、この申請書記載の情報を共有します。