

# あんしん電話利用申請書

広島市長 様

令和 年 月 日

以下のことに同意し、あんしん電話の利用を申請します。

- 1 広島市が、申請時(翌年度以降は毎年7月頃)に、私、私の属する世帯員および私の同居人の市民税課税状況や生活保護の受給状況を調査・確認すること。  
 なお、この調査・確認については、私の属する世帯員と、私の同居者の承諾を得ています。
- 2 事業の円滑な実施のために、委託事業者、消防局、お住まいの地域の民生委員と地域包括支援センターに、申請書に記載した情報を提供すること。
- 3 緊急時の救助活動に際して、住居に破損等を生じた場合の修復費は自己負担とすること。  
 (本市や委託事業者に責任を問わないこと)。

(住民票が別世帯になっている人)

(聴覚、音声言語障害の場合)

(手話、要約筆記奉仕員派遣希望の場合)

障 害	登 録 番 号				
-----	---------	--	--	--	--

カ ナ			性 男	生 年 月 日	明・大・昭・平	年 月 日			
氏 名			別 女	電 話 番 号					
				ファックス番号					
住 所	広島市	区	町	番 号	血液型	型			
	丁目		番 地			RH + -			
かかりつけ の医療機関	名称				電話				
	名称				電話				
居宅介護支援事業所	名称				担当者				
障害の程度	級 (ない場合は記入不要)		障害名	(ない場合は記入不要)					
同居家族 の 状 況	氏 名		性 別	男 女	生 年 月 日	明大昭平 主 病 気			
協 力 員	1	カ ナ			2	カ ナ			
		氏 名				氏 名			
	続柄	電 話	固定	携帯	続柄	電 話	固定	携帯	
住 所	所要時間			分	住 所	所要時間			分
親 族	1	カ ナ			2	カ ナ			
		氏 名				氏 名			
	続柄	電 話	固定	携帯	続柄	電 話	固定	携帯	
住 所				住 所					
鍵 の 管 理 者	カ ナ			住 所					
	氏 名								
	電 話	固定	携帯						

**主な病歴**

<b>病名</b>	該当する番号に○をしてください。(入院歴のある病名は◎)				
	1 心臓疾患	2 脳卒中後遺症	3 呼吸器の病気	4 腎臓病	5 高血圧
	6 肝臓病	7 糖尿病	8 胃腸病	9 リューマチ・神経痛・関節炎	
	10 白内障	11 骨折	12 その他( )		
現在、( )病)で、( )病院)に、 (1. 週2～3回以上 2. 週1日程度 3. 月1回程度)通院中です。					

**身体及び日常生活動作等の状況(該当する項目に○をしてください。)**

<b>視力</b>	1 普通に見える	2 見えにくい	3 全く、ほとんど見えない		
<b>聴力</b>	1 普通に聞こえる	2 大声ならわかる	3 全く、ほとんど聞こえない		
<b>日常生活動作等の状況</b>	<b>言語</b>	1 普通に話せる	2 ややはっきりしない	3 やっと他人に通じる	4 全く、ほとんど話せない
	<b>用便</b>	1 ひとりで普通に便所できる	2 簡易便器があればひとりでできる	3 介助があれば簡易便器できる	4 常時おむつを使用している
	<b>入浴</b>	1 ひとりで普通に入れる	2 ゆっくりだが何とか自分でできる	3 洗うときや浴槽の出入りに介助を要する	4 全面的に介助を要する
	<b>歩行</b>	1 ひとりで普通に歩ける	2 杖等を使用し、時間がかかるが自分で歩ける	3 付添が手や肩を貸せば歩ける(車椅子の使用可)	4 歩行不能
	<b>行動範囲</b>	1 遠くへも出かける	2 ごく近所まで	3 自宅内のみ	4 ねたきり

※ 以下は記入しないでください。

次のとおり決定することとし、別紙により通知してよいでしょうか。

決定内容	承認 ・ 不承認	起案年月日			決裁年月日	
		係	係長	課長	公印	施行(発送)
決定理由						
本人負担区分	全額負担 ・ 1割負担 ・ 負担なし				/	/

※利用者が居住する地区を担当する  
民生委員・地域包括支援センター

設置日 令和 年 月 日

【民生委員】

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 固定 \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_

【地域包括支援センター名】

情報提供日 令和 年 月 日