

# あんしん電話利用申請書

利用希望機器  
(該当機器にチェックをしてください。)  
 固定電話型  
 携帯電話型

広島市長

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 広島市が費用負担の決定に当たり、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・支援給付の受給状況を調査・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。  
(協力員、消防局、委託事業者及び本市に責任を問わないこと。)
- 4 協力員や鍵の管理者になることについて、事前に協力員や鍵の管理者本人の承諾を得ていること。

(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)

				高 齢	登 録 番 号							
カ ナ 氏 名				性 別	男	生 年 月 日	大・昭・平	年	月	日		
					女	電 話 番 号						
住 所	広島市 区 町				血 液 型	型						
	丁目 番 号					RH + -						
かかりつけ の医療機関	名 称					電 話						
	名 称					電 話						
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	生 年 月 日	大 昭 平	主 な 病 気					
協 力 員	1	カ ナ				2	カ ナ					
		氏 名					氏 名					
	続 柄	電 話	固 定			続 柄	電 話	固 定				
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			続 柄	電 話	固 定				
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

病名	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( )		
現在は、( )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。)

視力	1 普通に見える	2 見えにくい	3 全く、ほとんど見えない		
聴力	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		
日常生活動作等の状況	言語	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
	用便	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できる	4 常時おむつを使用している
	入浴	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
	歩行	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
	行動範囲	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、別紙のとおり通知してよいでしょうか。

決定内容	<input type="checkbox"/>	承認	<input type="checkbox"/>	不承認		
決定理由	<input type="checkbox"/>	病弱等のため日常生活において特に注意を要する高齢者		要綱第4条第1号		
	<input type="checkbox"/>	重度身体障害者のみで構成される世帯に属する者				
	<input type="checkbox"/>	病弱な高齢者又は重度身体障害者と、次のいずれかの人のみにより構成される世帯に属する病弱な高齢者又は重度身体障害者 (1)療育手帳(A)又はAを所持する者 (2)精神障害者保健福祉手帳1級を所持する者		要綱第4条第2号		
	<input type="checkbox"/>	非該当				
本人負担区分	<input type="checkbox"/>	全額負担	<input type="checkbox"/>	1割負担	<input type="checkbox"/>	負担なし
		(課税世帯)		(非課税世帯)		(生活保護受給世帯又は支援給付受給世帯)

設置日 令和 年 月 日

※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

起案年月日		決裁年月日					
令和	年	月	日	令和	年	月	日
係	係長	課長	公印	施行(発送)			
			/	/			

【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