

緊急通報システム利用申込書

兼 親族・協力者連絡先登録同意書

令和 年 月 日

(あて先)

大 阪 市 長

次のとおり、緊急通報システムの利用を申し込みます。

区 分	高齢	障がい	ひとり暮らし
機 器	携帯型	固定型	同居人あり

利用者 (申請者)	フリガナ氏名			生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
	住所	(〒 -)					
	電話番号	固定	※固定型利用者は必須		所得税	福祉電話申請	<input type="checkbox"/> 有
		携帯			課税	FAX対応の必要性	<input type="checkbox"/> 有
	回線種別 (固定型のみ)	NTTアナログ回線 ・ その他 (電話会社・サービス名:)		非課税	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有	
健康状態 (既往歴含む)			障がい者 手帳	<input type="checkbox"/> 有	障がい内容:	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴言 <input type="checkbox"/> 内部	
同居人	氏 名	利用者との 続柄	生年月日	利用者との世帯状況	所得税	日中就労・就学 (65歳未満のみ)	
			・ ・	同一世帯・別世帯	課税・非課税	有・無	
			・ ・	同一世帯・別世帯	課税・非課税	有・無	

利用者の親族、協力者として上記のとおり登録すること、及び本書に記載した事項について関係委託事業者へ情報提供することに同意します。

親族 連絡先	親族1	フリガナ氏名			続柄			鍵の預かり	有・無
		住所	(〒 -)						
		電話番号	固定	<input type="checkbox"/> 優先		携帯	<input type="checkbox"/> 優先		
	親族2	フリガナ氏名			続柄			鍵の預かり	有・無
		住所	(〒 -)						
		電話番号	固定	<input type="checkbox"/> 優先		携帯	<input type="checkbox"/> 優先		
協力者 連絡先	協力者1	<input type="checkbox"/> 親族1と同じ <input type="checkbox"/> 親族2と同じ							
		フリガナ氏名			続柄			鍵の預かり	有・無
		住所	(〒 -)						
	電話番号	固定	<input type="checkbox"/> 優先		携帯	<input type="checkbox"/> 優先			
	協力者2	<input type="checkbox"/> 親族1と同じ <input type="checkbox"/> 親族2と同じ							
		フリガナ氏名			続柄			鍵の預かり	有・無
住所		(〒 -)							
電話番号	固定	<input type="checkbox"/> 優先		携帯	<input type="checkbox"/> 優先				
鍵に関する 情報	<input type="checkbox"/> 親族・協力者以外の合鍵預託者有り								
	氏名			続柄			電話番号		
	<input type="checkbox"/> キーボックス使用 設置場所 _____ 暗証番号 _____								
<input type="checkbox"/> 提供しない <input type="checkbox"/> その他 (_____)									
設置日程調整先	フリガナ氏名			続柄			電話番号		

同意書

緊急通報システムの利用にかかる機器使用料等の負担決定のために、世帯構成員全員の課税状況について、緊急通報システムが貸与されている間、課税台帳等の関係公簿を閲覧されることに同意します。

また、機器使用料等の負担決定に必要な所得税額については、市民税情報より算出したものを適用することに同意します。

上記の内容については、次の世帯構成員全員の承諾を得ています。

フリガナ 氏名	続柄	生年月日	備考
		明・大・昭・平・令 ・	

令和 年 月 日

大阪市 区保健福祉センター所長 様

住所

氏名

大阪市 区
様

大阪市 区保健福祉センター所長

緊急通報システム決定通知書

先に利用申込のありました緊急通報システムについて、次のとおり決定しましたので通知します。

記

対象者氏名
住所

貸与する用具名
納入場所

貸与予定日

貸与条件
機器使用料

下記の貸与条件を守ること

緊急通報装置貸与条件

- 貸与を受けた者(以下「借受人」という)は、装置について、十分注意して管理すること。
また、通報以外の目的での使用、また貸し、担保に供することなどはしないこと。
- 装置を必要としなくなったときは、借受人は速やかに返還の申し出をすること。
- オプション機器の購入等にかかる費用は借受人の負担とする。

大阪市 区
様

大阪市 区保健福祉センター所長

緊急通報システム却下通知書

先に申込のありました緊急通報システムの利用について、審査の結果、次の理由により却下しましたのでご了承ください。

記

対象者氏名
住所

申請者氏名
住所

申請日
理由 利用条件に該当しないため

緊急通報システム（高齢者・障がい者）異動届

令和 年 月 日

大阪市 区保健福祉センター所長様

届 出 人	住所	電話 ()
	氏名	(利用者との続柄)

次のとおり異動しましたので届け出ます。

記

利 用 者	フリガナ	
	氏名	
	住所	区
事由発生年月日		令和 年 月 日
異 動 内 容	1. 区内で転居（転居先： 区)	
	2. 市内他区へ転居（転居元： 区)	
	3. 電話番号変更（新番号： — —)	
	4. 協力者・親族変更（※）	
	5. 貸与者変更（新貸与者名： 続柄： 理由： （※） 生年月日： 年 月 日 歳	
	6. 世帯区分変更（※）（新区分： 日中ひとり暮らし ・ 一般)	
	7. 使用料金負担区分変更（※）（ 課税→非課税 ・ 非課税→課税)	
	8. 機器変更（ 固定型→携帯型 ・ 携帯型→固定型)	
	9. 回線変更（※）（変更後回線：)	
	10. 施設入所	
	11. 長期入院	
	12. 市外（ 市・区・町・村 ）へ転居	
	13. 利用者が死亡	
	14. その他 []	

※ 異動内容が4、5、6、9（NTTアナログ回線以外の回線に変更の場合）は「緊急通報システム利用申込書兼親族・協力者連絡先登録同意書（様式1）」に利用者氏名・生年月日・住所に加え、異動内容のみを記載の上、添付してください。

※ 異動内容が6、7は「同意書（様式第2号）」に加え、「前年所得税額（1月～6月までの申請は前々年所得税額）を証する書類」または「利用者負担決定にかかる同意書」（様式第6号）を添付してください。

【利用廃止の場合の機器返却】 有 ・ 無 【ペンダント返却（固定型のみ）】 有 ・ 無

利用者負担決定にかかる同意書

私は、緊急通報システム事業（家庭内の事故等への対応の体制整備に資する事業）実施要綱の第6条第1項第3号に定める「前年所得税額（1月～6月までの申請は前々年所得税額）を証する書類」の提出ができないため、利用者負担決定の算出に必要な所得税額については、市民税情報より算出したものを適用することに同意します。

また、上記「前年所得税額（1月～6月までの申請は前々年所得税額）を証する書類」を提出できない場合、所得税定額減税額（令和6年分の所得税について、居住者の所得税額から控除できる金額（所得者本人3万円に同一生計配偶者又は扶養親族1人につき3万円を加算した金額））が反映されないことを理解しており、これにより私にとって不利益な決定がなされても、異議はありません。

上記の内容については、次の世帯構成員全員の承諾を得ています。

フリガナ 氏名	続柄	生年月日	備考
		明・大・昭・平・令 ・	

年 月 日

大阪市長 様

住所

氏名