

緊急通報装置給付貸与事業

急病や災害等の緊急時に、迅速かつ適切な対応が図れるよう、緊急通報装置を貸与します。

🔑 利用できる方

緊急通報装置を利用できる方は、下記のいずれかに該当する方です。

- ① 概ね65歳以上の一人暮らし又は、高齢者のみ世帯の在宅高齢者
- ② 一人暮らし在宅重度身体障がい者（身体障がい者手帳1・2級所持者）
 - // 在宅精神障がい者（精神障害者保健福祉手帳所持者）
 - // 在宅知的障がい者（知的障害者療育手帳所持者）

🔑 貸与品目

利用者の方にお貸しする装置の内容は以下の通りです。

- ① 緊急通報装置（リズムセンサー及びペンダントの貸与はありません。）

🔑 利用料について

⇒ 装置の貸与料金は原則、月額500円(税込)です。ただし、利用者の方の属する世帯が市民税非課税世帯又は生活保護受給世帯である場合は、無料となります。

⇒ 毎年、4・10月に6か月分(3,000円分)が前払いで口座振替されます。※JA・信用金庫・その他一部の金融機関は取扱不可です。

🔑 ご注意ください！！

緊急通報装置は市から皆様にお貸ししているものです。利用しなくなったら、装置は市に返却していただきます。もし、装置を利用者の方が故意に破損した場合は、利用者の方に弁償していただきますので、ご注意ください。

🔑 申請の方法

①申請書、②世帯概況調（民生委員が記入）、③誓約書、④同意書、⑤登録台帳に内容を記入して、高齢生きがい課へ申請してください。

そのため、装置の貸与を希望される方は、担当地区の民生委員にご相談ください。

なお、申請の際には、緊急時にご自宅へ駆け付けてくれる「協力員」が、2～3名必要です。ご近所の方や、お近くにお住まいのご親戚の方をお願いをして、必ず同意を得た上で、登録台帳にご記入ください。

🔑 注意点

⇒ 携帯型緊急通報装置は原則、家の中でご利用ください。外出時は使用不可となります。

⇒ 充電が少なくなると、充電を促す連絡があります。

【緊急通報装置についてのお問い合わせ先】

小山市役所 高齢生きがい課 ☎0285-22-9617

緊急通報装置のご使用方法について

しんどい時

身体の調子が悪い時などの非常時や健康相談がしたい時に

- ① 「ブザーひも」を引く
 - ② 「充電器を抜き差しすると、また充電できます。」
- ※②は充電状況により、表示されない場合もございます。



③ 「相談センターに電話」

を押してください



- 「相談センター」にて24時間いつでも看護師が相談に応じます
- ※① 「ブザーひも」を引くと音が鳴りますが通報はしていません
 - ※②必ず「相談センターに電話」を押してください



緊急通報に関するお問い合わせ先

緊急通報 相談センター

電話 ☎ 06-6303-6322

FAX 06-6886-9819

電話を切る時

- ④ 相談が終わればブザーがまた鳴りますので、ブザーボタンを押し戻してください

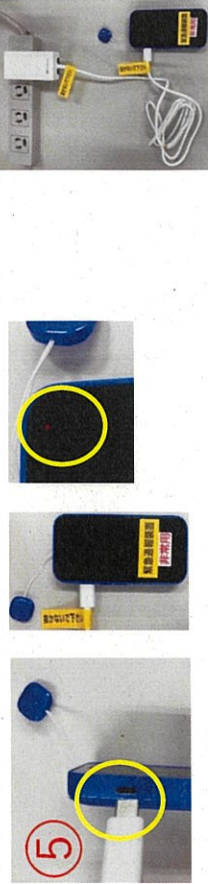
④



充電方法

- ⑤ 充電ケーブルを側面に差すと、赤くランプが光ります

⑤



* 常時、差しておいてください

電源の入れ方



電源キー
長押し 2秒

マナーモードの解除方法



音量キー下側
長押し 2秒

※電波状況によっては通話等が不安定になる可能性があります。

様式第1号（第4条関係）

小山市緊急通報装置給付（貸与）申請書

令和 年 月 日

小山市長 様

住 所

氏 名

電話番号 ()

緊急通報装置の給付（貸与）を受けたいので、小山市緊急通報装置給付貸与事業実施要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

申 請 者			
氏名		生 年 月 日	年 月 日生
住所	小山市	電 話 番 号	()

市民税課税状況	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
生活保護受給状況	<input type="checkbox"/> 受給している	<input type="checkbox"/> 受給していない
給付(貸与)を受けようとする緊急通報装置	<input type="checkbox"/> 固定型緊急通報装置	<input type="checkbox"/> モバイル型緊急通報装置

緊急通報装置申請世帯概況調

令和 年 月 日

小山市長 様

民生委員住所 小山市

民生委員氏名

緊急通報装置貸与申請書の提出がありましたので、下記のとおり報告いたします。

申請者の住所	小山市		
申請者の氏名			
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日	年齢	歳
世帯の概要			
緊急通報装置 の必要性 (民生委員の意見)			

様式第3号（第6条関係）

誓 約 書

令和 年 月 日

小山市長 様

住 所

氏 名

印

緊急通報装置の給付(貸与)を受けるに当たり、下記の事項について誓約します。

記

- 1 緊急通報装置一式を適切な管理のもとに使用し、他の目的には使用しません。
- 2 緊急事態発生時に、内鍵により施錠され入場不可能な場合は、必要な箇所を破壊して入場し、事態に対応していただくことを承知します。
また、その修復については相手方の責任を問いません。

同意書

1. 緊急通報装置の貸与を希望し、次に掲げる事項に同意します。

- ① 個人情報を含む、本申請の内容及び搬送先などの状況を市、関係機関及び受託事業者へ情報共有すること。
- ② 通報後に利用者、協力員と連絡が取れない場合、建物等の一部を破損し、救助活動を行う場合があること。
- ③ 消防署が出動し、やむを得ない事情により、建物等の一部を破損した場合、市、関係機関及び受託事業者は損害賠償等を一切の責任を負わないこと。
- ④ 緊急通報装置について、故意過失により紛失や毀損した場合、その弁済費用は利用者の負担とすること。

2. 携帯型緊急通報装置を希望した場合は、次に掲げる事項に同意します。

- ① 携帯型装置の使用方法(充電・受発信方法)を理解し、利用すること。
- ② 設置時に通報テストを行い、自宅敷地内の利用できる場所のみで利用すること。
- ③ 通信会社の通信障害等で利用できない場合があること。

上記事項に同意し、市、関係機関及び受託事業者に対し、いかなる苦情又は損害賠償を申し立てることはいたしません。

日 付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏 名： _____ 印

小山市緊急通報装置給付貸与事業登録台帳

利用者の状況	ふりがな				受付番号		
	氏名				血液型	型	
	生年月日	大正・昭和	年	月	日	年齢	歳
	郵便番号	〒	—	住所	小山市		
	性別	男	女	方書			
	電話番号						
	傷病名						
	健康の状態	健康 健康に不安がある 寝たり起きたり 寝たきり 人工臓器使用中 身体に障害あり（ 肢体・聴力・視力・言語 ） その他（ ）					
	住居の状況	戸建て	アパート	階	マンション	階	
	デイサービス等の利用状況	※ デイサービスや訪問看護の利用曜日等をご記入ください。利用していない方は記入不要です。					

緊急時の救助口	※必ずご記入ください。ご記入がない場合は申請いただけません。
---------	--------------------------------

※緊急時にカギがかかっている場合には、消防が壊して入ることになります。

協力員1	ふりがな				利用者との関係	
	氏名					
	郵便番号	〒	—	住所		
	電話番号				鍵預かり	有・無
協力員2	ふりがな				利用者との関係	
	氏名					
	郵便番号	〒	—	住所		
	電話番号				鍵預かり	有・無
協力員3	ふりがな				利用者との関係	
	氏名					
	郵便番号	〒	—	住所		
	電話番号				鍵預かり	有・無

※近隣の方（民生委員・自治会長などを含む）や、市内にお住いの親族の方などを2名以上ご記入ください。また必ず協力員になっていただける方の同意を得て記入してください（トラブルを避けるため）

緊急連絡先1	フリガナ 氏名				利用者との関係		
	郵便番号	〒	-	住所			
	電話番号				鍵預かり	有・無	
緊急連絡先2	フリガナ 氏名				利用者との関係		
	郵便番号	〒	-	住所			
	電話番号				鍵預かり	有・無	
緊急連絡先3	フリガナ 氏名				利用者との関係		
	郵便番号	〒	-	住所			
	電話番号				鍵預かり	有・無	

※ご家族の方と連絡を取る必要が生じる場合（緊急入院など）がありますので、その連絡先をお書きください。また、介護の事業所などもあればお書きください。

フリガナ 民生委員氏名			
----------------	--	--	--

設置工事時立会人	フリガナ 氏名	※ご本人でも可		利用者との関係	
	電話番号				

※緊急通報装置設置工事の際に立会人が必要になります。業者から立会人の方へ日程調整の連絡が直接入ります。

医療機関	医療機関1	名称				電話番号		
		住所						
		主治医		診療科		科	夜間対応	有・無
	医療機関2	名称				電話番号		
		住所						
		主治医		診療科		科	夜間対応	有・無

※ 医療機関は、診療を受けたことのある中で、極力夜間診療のできる所を選んでください。

高齢生 きがい 課記入 欄	申請日	年 月 日	設置日	年 月 日	撤去日	年 月 日	
	利用料金	ご利用者様の利用料金(月額500円)は発生 <input type="checkbox"/> します <input type="checkbox"/> しません					
	装置	<input type="checkbox"/> 固定型	<input checked="" type="checkbox"/> 携帯型	委託事業者 駆けつけ鍵預かり		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	備考						

様式第1号（第4条関係）

小山市緊急通報装置給付（貸与）申請書

申請日をご記入ください

令和〇年〇月〇日

小山市長 様

**住所・お名前・電話番号
をご記入ください**

住所 **小山市中央町1-1-1**
氏名 **小山 太郎**
電話番号 **0285（22）9617**

緊急通報装置の給付（貸与）を受けたいので、小山市緊急通報装置給付貸与事業実施要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者			
氏名	小山 太郎	生 年 月 日	9 年 4 月 1 日生
住所	小山市 中央町1-1-1	電 話 番 号	0285（22）9617
市民税課税状況	<input checked="" type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税	
生活保護受給状況	<input type="checkbox"/> 受給している	<input checked="" type="checkbox"/> 受給していない	
給付(貸与)を受けようとする緊急通報装置	<input type="checkbox"/> 固定型緊急通報装置	<input checked="" type="checkbox"/> モバイル型緊急通報装置	

課税状況が不明な場合は、市でお調べいたします。

緊急通報装置申請世帯概況調

申請日をご記入ください

令和〇年〇月〇日

小山市長 様

担当の民生委員さん
をご記入ください

民生委員住所 小山市 **中央町1-1-1**

民生委員氏名 **小山 花子**

緊急通報装置貸与申請書の提出がありましたので、下記のとおり報告いたします。

ご利用者様の情報
をご記入ください

申請者の住所	小山市 中央町1-1-1		
申請者の氏名	小山 太郎		
生年月日	明治・大正 昭和 9 年 4 月 1 日	年齢	88 歳
世帯の概要	ご利用者様の世帯状況をご記入ください 例：一人暮らし 子供2人は県外に暮らしている		
緊急通報装置 の必要性 (民生委員の意見)	なぜ、装置が必要なのか、民生委員さん のご意見を書いてください。 例：心臓病・高血圧等の持病があり、一人 暮らしに不安を感じるため。また、高齢で あるため装置の必要性をあると考える		

誓 約 書

申請日をご記入ください

令和〇〇年〇〇月〇〇日

小山市長 様

住所・お名前をご記入ください
ご印鑑を押印してください

住 所 小山市中央町1-1-1

氏 名 小 山 太 郎



緊急通報装置の給付(貸与)を受けるに当たり、下記の事項について誓約します。

記

- 1 緊急通報装置一式を適切な管理のもとに使用し、他の目的には使用しません。
- 2 緊急事態発生時に、内鍵により施錠され入場不可能な場合は、必要な箇所を破壊して入場し、事態に対応していただくことを承知します。
また、その修復については相手方の責任を問いません。

同意書

1. 緊急通報装置の貸与を希望し、次に掲げる事項に同意します。

- ① 個人情報を含む、本申請の内容及び搬送先などの状況を市、関係機関及び受託事業者へ情報共有すること。
- ② 通報後に利用者、協力員と連絡が取れない場合、建物等の一部を破損し、救助活動を行う場合があること。
- ③ 消防署が出動し、やむを得ない事情により、建物等の一部を破損した場合、市、関係機関及び受託事業者は損害賠償等を一切の責任を負わないこと。
- ④ 緊急通報装置について、故意過失により紛失や毀損した場合、その弁済費用は利用者の負担とすること。

2. 携帯型緊急通報装置を希望した場合は、次に掲げる事項に同意します。

- ① 携帯型装置の使用方法(充電・受発信方法)を理解し、利用すること。
- ② 設置時に通報テストを行い、自宅敷地内の利用できる場所のみで利用すること。
- ③ 通信会社の通信障害等で利用できない場合があること。

上記事項に同意し、市、関係機関及び受託事業者に対し、いかなる苦情又は損害賠償を申し立てることはいたしません。

**申請日・お名前を
ご記入ください。
ご印鑑を押印して
ください。**

日付：○年○月○日

氏名： **小山 太郎** ○印

登録台帳 記入例(1枚目)

小山市緊急通報装置給付貸与事業登録台帳

利用者の状況	ふりがな 氏名	おやま たろう 小山 太郎		受付番号	市で記入しま
				血液型	B
	生年月日	大正・昭和 9 年 4 月 1 日		年齢	88
	郵便番号	〒323-8686	住所	小山市中央町1-1-1	
	性別	男	女	方書	
	電話番号	090-XXXXX-XXXXX			
	傷病名	脳梗塞			
	健康の状態	健康 <u>健康に不安がある</u> 寝たり起きたり 寝たきり 人工臓器使用中 身体に障害あり(肢体・聴力・視力・言語) その他()			
住居の状況	戸建て	アパート	階	マンション	階
デイサービス等の利用状況	週に2回、月曜日と木曜日にデイサービスに行っている ※ デイサービスや訪問看護の利用曜日等をご記入ください。利用していない方は記入不要です。				

◆円滑な安否・緊急通報業務のため、台帳の情報は事業者と共有いたします。
◆なお必要に応じ事業者から関係者に連絡する場合があります。

マンション・アパートの場合は、お住まいの階数を記入してください。

万が一の際に壊して入る場合がありますので、ご留意ください。協力員に鍵を預けていたとしても、万が一連絡が取れない場合の救助口ですので、必ずご記入ください。

緊急時の救助口

玄関向かって右の居間の窓

※必ずご記入ください。ご記入がない場合は申請いただけません。

※緊急時にカギがかかっている場合には、消防が壊して入ることになります。

協力員1	ふりがな 氏名	とちぎ はなこ 栃木 花子		利用者との関係	隣人
	郵便番号	〒323-0023	住所	小山市中央町*-*-*	
	電話番号	0285-XXXXX		鍵預かり	有・無
協力員2	ふりがな 氏名	みんせい ただし 民生 正		利用者との関係	民生委員
	郵便番号	〒323-0023	住所	小山市中央町*-*-*	
	電話番号	0285-XXXXX		鍵預かり	有・無
協力員3	ふりがな 氏名	さとう つぎこ 佐藤 次子		利用者との関係	次女
	郵便番号	〒323-0012	住所	小山市羽川*-*-*	
	電話番号	090-XXXXX		鍵預かり	有・無

利用者が装置の緊急ボタンを押したときに、応答が無いなど安否確認が必要となった時には、緊急通報センターから協力員に連絡が行きます。

そのため、すぐに駆けつけてくださる協力員を少なくとも2名、記入してください。

なお、深夜でも連絡が行くことがありますので、必ず協力員になっていただける方の同意を得てから記入してください。

※近隣の方(民生委員・自治会長などを含む)や、市内にお住いの親族の方などを2名以上ご記入ください。また必ず協力員になっていただける方の同意を得て記入してください(トラブルを避けるため)

登録台帳 記入例(2枚目)

緊急連絡先1	ふりがな氏名	さとう つぎこ 佐藤 次子		利用者との関係	次 女	
	郵便番号	〒323-0012	住 所	小山市羽川×-×-×		
	電話番号	090-××××-××××		鍵預かり	<input checked="" type="radio"/> 有・無	
緊急連絡先2	ふりがな氏名	かいご 介護ステーションおやま		利用者との関係		
	郵便番号	〒323-0028	住 所	小山市若木町×-×-×		
	電話番号	0285-××-××××/090-××××-××××		鍵預かり	<input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
緊急連絡先3	ふりがな氏名			利用者との関係		
	郵便番号	〒 -	住 所			
	電話番号			鍵預かり	<input type="radio"/> 有・無	

協力員と同じ方の名前を記入しても構いません。協力員と同じく、名前を記入する際には、その方から同意を得て記入してください。

利用している介護サービス事業所に、緊急時連絡をしてほしい場合には、記入してください。
※必須ではありません。

※ご家族の方と連絡を取る必要が生じる場合（緊急入院など）がありますので、その連絡先をお書きください。また、介護の事業所などもあればお書きください。

ふりがな氏名	民生委員氏名	みんせい だし 民生 正	
--------	--------	-----------------	--

設置工事時立会人	ふりがな氏名	さとう つぎこ 佐藤 次子	利用者との関係	次 女	
	電話番号	090-××××-××××			

必ずご記入ください。

※緊急通報装置設置工事の際に立会人が必要になります。業者から立会人の方へ日程調整の連絡が直接入ります。

医療機関	名称	〇〇病院		電話番号	0285-××-××××	
	住所	小山市若木町×-×-×				
	主治医	渡 邊	診療科	泌尿器科	夜間対応	<input checked="" type="radio"/> 有・無
	名称			電話番号		
	住所					
	主治医		診療科	科	夜間対応	<input type="radio"/> 有・無

夜間の対応をしていなくとも、かかりつけの病院を記入してください。

※ 医療機関は、診療を受けたことのある中で、極力夜間診療のできる所を選んでください。

高齢生さがい課記入欄	申請日	年 月 日	設置日	年 月 日	撤去日	年 月 日
	利用料金	ご利用者様の利用料金(月額500円)は発生 <input type="checkbox"/> します <input checked="" type="checkbox"/> しません				
	装置	<input checked="" type="checkbox"/> 固定型 <input type="checkbox"/> 携帯型		委託事業者 駆けつけ鍵預かり	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	備考					

この欄は高齢生さがい課で記入しますので、申請の際には何も記入しないでください。