

浜松市高齢者生活支援事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、市内のひとり暮らし高齢者等並びにその家族等に対し、各種サービスを提供することにより、自立と生活の質の確保を図るとともに、在宅高齢者の福祉の向上に資することを目的とする。

(事業の種類等)

第2条 浜松市高齢者生活支援事業（以下、「生活支援事業」という。）の各種事業の名称等については、別表のとおりとする。

(事業の委託)

第3条 市長は、生活支援事業の一部を事業運営が確保できると認められる社会福祉法人、医療法人、ボランティア団体及び民間事業者等に委託し、実施することができる。

(利用の申請)

第4条 生活支援事業の利用希望者は、地域包括支援センター、在宅介護支援センターまたは介護支援専門員（以下、「地域包括支援センター等」という。）を通して浜松市高齢者生活支援事業利用申請書（第1号様式）により申請するものとする。ただし、利用希望者が申請できない場合は、親族等が申請できるものとする。

- 2 地域包括支援センター等は、利用希望者の状況等について調査し、申請者と相談したうえで、別表に規定する浜松市高齢者生活支援事業利用申請書（第1号様式）等の必要書類を市長に提出するものとする。
- 3 第1項及び第2項の規定にかかわらず、高齢者介護用品支給事業については、地域包括支援センター等を通さずに市長に申請できるものとする。

(利用の決定)

第5条 市長は、前条の規定による申請があったときは、本要綱に基づきその必要性を十分検討したうえで速やかに利用の可否を決定する。

- 2 市長は、前項の規定により利用の決定をしたときは、浜松市高齢者生活支援事業利用決定通知書（第2号様式）により、申請者、地域包括支援センター等及び事業委託先（以下、「申請者等」という。）に通知する。
- 3 市長は、第1項の規定により却下の決定をしたときは、浜松市高齢者生活支援事業利用却下通知書（第3号様式）により、申請者及び地域包括支援センター等に通知する。

(変更の申請)

第6条 前条第2項の決定を受けた利用者は、該当する事業の利用内容等を変更するときは、地域包括支援センター等を通して浜松市高齢者生活支援事業利用変更申請書（第4号様式）により申請するものとする。ただし、利用者が申請できない場合は、親族等が申請できるものとする。

- 2 地域包括支援センター等は、必要に応じて利用者の状況等について調査し、申請者と相談したうえで別表に規定する浜松市高齢者生活支援事業利用変更申請書（第4号様式）等の必要書類を市長に提出するものとする。
- 3 第1項及び第2項の規定にかかわらず、高齢者介護用品支給事業については、申請する必要はないものとする。

(変更の決定)

第7条 市長は、前条の規定による申請があったときは、本要綱に基づきその必要性を十分検討したうえで速やかに変更の可否を決定する。

- 2 市長は、前項の規定により変更の決定をしたときは、浜松市高齢者生活支援事業利用変更決定通知書（第5号様式）により、申請者等に通知する。
- 3 市長は、第1項の規定により却下の決定をしたときは、浜松市高齢者生活支援事業利用変更却下通知書（第6号様式）により、申請者及び地域包括支援センター等に通知する。

（廃止の申請）

第8条 第5条第2項の決定を受けた利用者は、該当する事業の利用を廃止するときは、地域包括支援センター等を通して又は直接申請するものとする。ただし、利用者が申請できない場合は、親族等が申請できるものとする。

- 2 地域包括支援センター等は、必要に応じて利用者の状況等について調査し、申請者と相談したうえで浜松市高齢者生活支援事業利用廃止申請書（第7号様式）を市長に提出するものとする。
- 3 第1項及び第2項の規定にかかわらず、高齢者介護用品支給事業については、申請する必要はないものとする。
- 4 市長は、第5条第2項の決定を受けた利用者が次の各号のいずれかに該当したときは、生活支援事業の利用を廃止することができる。
 - （1）生活支援事業の利用者が、死亡、転出、その他の事由により別表に規定する利用対象者に該当しなくなったとき
 - （2）生活支援事業を利用する必要が無いと市長が認めたとき
 - （3）生活支援事業を継続することが困難と市長が認めたとき

（廃止の決定）

第9条 市長は、前条の規定による申請があったときは、速やかに決定を行い浜松市高齢者生活支援事業利用廃止決定通知書（第8号様式）により、申請者等に通知する。

（利用の取消）

第10条 市長は、虚偽の申請その他不正行為により生活支援事業の利用の決定を受けたときは、生活支援事業の利用を取り消すことができる。

- 2 前項の規定により利用を取り消したときは、浜松市高齢者生活支援事業利用取消決定通知書（第9号様式）により、申請者等に通知する。

（関係機関との連携）

第11条 市長は生活支援事業を円滑に運営するため、関係団体と密接な連携を保つものとする。

（細目）

第12条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行について必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成29年4月1日から施行する。
- 2 平成28年4月1日施行の浜松市高齢者地域支援事業実施要綱に規定するひとり暮らし高齢者等配食サービス事業、軽度生活援助員派遣事業、ひとり暮らし高齢者等緊急通報システム事業、高齢者日常生活用具等給付事業、高齢者介護用品支給事業は、この要綱に規定する事業に相当するものとみなす。
- 3 平成29年3月31日以前に、第5条と同等の決定をし、別表に定めるものに相当する事業を利用しているものについては、この要綱に基づく申請その他の行為によるものとみなす。

附 則（平成30年4月1日改正）

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則（平成31年4月1日改正）

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則（令和元年10月1日改正）

この要綱は、令和元年10月1日から施行する。

附 則（令和2年4月1日改正）

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則（令和3年4月1日改正）

1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

2 この要綱の施行の際、現に従前の規定により調製した用紙がある場合は、なお当分の間使用することができる。

附 則（令和4年4月1日改正）

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則（令和5年4月1日改正）

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附 則（令和6年4月1日改正）

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

附 則（令和7年4月1日改正）

1 この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

2 この要綱の施行の際、現に第5条第2項に規定する利用の決定（この要綱による改正前の別表の2に規定する事業に係るものに限る。）を受けている者は、この要綱の施行の日から令和8年3月31日までの間は、なお従前の例により当該事業を利用することができる。

附 則（令和8年4月1日改正）

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

別表(第2条関係)

1 ひとり暮らし高齢者等配食サービス事業

目 的	地域のひとり暮らし高齢者等に対して、配食サービスを行うことにより食生活の改善を行うとともに、利用者の安否の確認等を目的とする。														
利用対象者	<p>市内に住所を有し、他制度で同様のサービスを受けていない次のいずれかに該当する者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 65歳以上のひとり暮らしの高齢者で心身等の状況等により食事の調理等が困難な市民税非課税世帯に属する者 ・ 65歳以上の高齢者世帯並びにこれに準ずる世帯の者で、心身等の状況等により食事の調理等が困難な市民税非課税世帯に属する者 ・ 市長が特に必要があると認める者 <p>※同一の住所（区分建物にあっては、専有部分の家屋番号が同一である場合に限る。）に住所を有する別世帯に属する市民税課税世帯の家族等があり、支援が受けられる場合は除く。</p>														
実施事業者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業を適切に実施することができると思われる事業者。 ・ 民間事業者は、在宅配食サービスガイドラインの内容を満たすものとする。 ・ 事業実施において、その一部をボランティア団体の協力を得て行うことができる。ただし、事前に市長と協議し市長の了解を得ること。 														
事業実施内容 (委託業務内容)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事の調理及び配達 ・ 利用者の安否の確認 														
利用基準	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第10号様式による高齢者実態調査（アセスメント調査）を行い、次表のとおり配食回数を決定する。ただし、市長が特に必要と認める利用者についてはこの限りでない。 <table border="1" data-bbox="470 987 1439 1068"> <tr> <td>アセスメント結果</td> <td>～4</td> <td>5～9</td> <td>10～14</td> <td>15～</td> </tr> <tr> <td>配食回数（/週）</td> <td>0回</td> <td>1回以内</td> <td>2回以内</td> <td>3回以内</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> ・ 配食回数内で複数の事業者を利用することはできない。 ・ 利用事業者の変更については、利用開始後1ヵ月を経過しなければならない。ただし、事業者が事業を廃止した場合を除く。 					アセスメント結果	～4	5～9	10～14	15～	配食回数（/週）	0回	1回以内	2回以内	3回以内
アセスメント結果	～4	5～9	10～14	15～											
配食回数（/週）	0回	1回以内	2回以内	3回以内											
利用料等	利用者は、食材料費として、一食あたり300円の利用料を負担する。なお、当該利用料については、委託を受けた事業者が収受する。														
必要書類	<p>【利用の申請】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 浜松市高齢者生活支援事業利用申請書（第1号様式） ・ 高齢者実態調査票（第10号様式（No. 1、2、3）） <p>【変更の申請】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 浜松市高齢者生活支援事業利用変更申請書（第4号様式） ・ 変更内容に応じて市長が必要と認める書類 <p>【廃止の申請】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 浜松市高齢者生活支援事業利用廃止申請書（第7号様式） 														
定義事項	<p>【準ずる世帯】</p> <p>65歳以上の高齢者と同一の世帯に属する65歳未満の者が、障害又は重度の疾病を持つ世帯をいう。</p> <p>【市民税非課税世帯】</p> <p>所得に対する最新の課税状況が非課税の世帯をいう。</p>														

2 ひとり暮らし高齢者等緊急通報システム事業

目 的	ひとり暮らし高齢者等に対し、緊急時における連絡体制の確保を支援するとともにその不安を解消することにより、住み慣れた地域での在宅生活の継続を図り、福祉の向上に資することを目的とする。
利用対象者	<p>市内に住所を有し、次のいずれかに該当する世帯</p> <p>① 65歳以上の心疾患や脳血管障害等の循環器系の疾患を持つひとり暮らし高齢者世帯及びこれに準ずる世帯</p> <p>② 75歳以上のひとり暮らし高齢者世帯及びこれに準ずる世帯</p> <p>③ 75歳以上の支援の必要がある高齢者世帯及びこれに準ずる世帯</p> <p>④ 市長が特に必要があると認める者</p> <p>※同一の住所（区分建物にあっては、専有部分の家屋番号が同一である場合に限る。）に住所を有する別世帯に属する家族等がおり、支援を受けられる場合は除く。</p>
実施事業者	事業を適切に実施することができると認められる事業者
事業実施内容 (委託業務内容)	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間体制で応じる受信センター機能を備えた緊急通報システム機器の貸与及び当該機器の保守管理 ・緊急通報機器により、利用者等から緊急の通報があったときの安否の確認及び必要に応じ関係機関への通報並びに発信先への現場急行等の措置（天竜区、浜名区引佐町及び三ヶ日町を除く） ・緊急通報機器を利用した24時間体制の専門スタッフによる電話健康相談等 ・委託業者は、現場急行等の措置をとらない地域（天竜区、浜名区引佐町及び三ヶ日町）に居住する利用者に対し、月に1回の安否確認を行なう
利用料等	<ul style="list-style-type: none"> ・市民税非課税世帯は無料とする ・市民税課税世帯は、1台1月あたり1,100円とする <p>※緊急通報機器を利用する際にかかる電話通話料は、利用者の実費負担とし、1世帯1台の貸与とする。</p>
必要書類	<p>【利用の申請】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・浜松市高齢者生活支援事業利用申請書（第1号様式） ・高齢者実態調査票（第10号様式（No. 1、2、3）） ・同意書又はその写し（第11号様式） ・（利用者の居宅が借家等の場合）設置承諾書又はその写し（第12号様式） ・緊急通報システム設置に関する事前確認事項又はその写し（第13号様式） <p>【変更の申請】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・浜松市高齢者生活支援事業利用変更申請書（第4号様式） ・変更内容に応じて市長が必要と認める書類 <p>【廃止の申請】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・浜松市高齢者生活支援事業利用廃止申請書（第7号様式）
定義事項	<p>【準ずる世帯】</p> <p>①の場合：65歳以上の高齢者と同一の世帯に属する65歳未満の者が、障害又は重度の疾病を持つ世帯や、利用対象者以外の同居家族（障害又は重度の疾病をもつ者を除く）が就労・就学等のために日中又は夜間において、1日のうち連続して6時間以上の不在が週3日以上となり、かつ、その状態が3か月以上の継続が見込まれる世帯をいう。</p> <p>②③の場合：75歳以上の高齢者と同一の世帯に属する75歳未満の者が、障害又は重度の疾病を持つ世帯や、利用対象者以外の同居家族（障害又は重度の疾病をもつ者を除く）が就労・就学等のために日中又は夜間において、1日のうち連続して6時間以上の不在が週3日以上となり、かつ、その状態が3か月以上の継続が見込まれる世帯をいう。</p> <p>【市民税非課税世帯】</p> <p>所得に対する最新の課税状況が非課税の世帯をいう。</p>

3 高齢者介護用品支給事業

目 的	在宅の高齢者等に対し、紙おむつ等を支給し、家族介護者を支援することを目的とする。
利用対象者	市内に住所を有し、市民税非課税世帯に属する要介護4又は要介護5の者（第2号被保険者を除く）を在宅で介護している市民税非課税世帯の家族等。 ※他制度で同様のサービスの適用を受けているものは除く。 ※同一の住所（区分建物にあっては、専有部分の家屋番号が同一である場合に限る。）に住所を有する別世帯に属する市民税課税世帯の家族等がおり、支援が受けられる場合は除く。 ※被介護者及び当該被介護者を介護する家族等はともに市内に住所を有すること。
実施事業者	事業を適切に実施することができると思われる事業者
事業実施内容 (委託業務内容)	4月から3月までの1年間に、被介護者1人あたり6万円を限度とし、次の種目を支給する。 【種目】 ・紙おむつ（フラットタイプ、テープ止めタイプ、パッドタイプ、パンツタイプ） ・おしりふき ・使い捨て手袋 ・吸引カテーテル ・カテーテルジョイント ・ドライシャンプー ・ガーゼ ・清拭剤 ・ウエスタンシース ・ドレーンバック ・シリンジ
利用料等	無償給付とする。
必要書類	・浜松市高齢者生活支援事業利用申請書（第1号様式）
定義事項	【市民税非課税世帯】 所得に対する最新の課税状況が非課税の世帯をいう。

浜松市高齢者生活支援事業利用申請書

(あて先) 浜松市長

年 月 日

申請者 <small>署名又は記名押印 をしてください</small>	フリガナ			
	氏名			
	住所			
	電話		利用者 との関係	

申請書 提出者	事業所名			
	担当者		電話	
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)			

下記の事業を利用したいので申請します。なお、事業の実施に必要な住民登録・市税・介護保険・生活保護・障害福祉状況等を調査することに同意します。また、利用が決定した場合には、申請書記載の個人情報を委託事業者に提供することについて同意します。

利用者	住所				
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)				
	フリガナ		年齢	歳	電話
	氏名		生年月日	大正・昭和・西暦	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)			

事業名		内容等						
<input type="checkbox"/>	ひとり暮らし高齢者等 配食サービス事業	事業所名				開始希望日		
		昼食	週	食	曜日			
		夕食	週	食	曜日			
<input type="checkbox"/>	ひとり暮らし高齢者等 緊急通報システム事業							
<input type="checkbox"/>	高齢者介護用品 支給事業	種類 (メーカー①・②から選択可能)		数量 ① ②		種類		数量
		<input type="checkbox"/>	フラットタイプ			<input type="checkbox"/>	おしりふき (流せるタイプ)	
		<input type="checkbox"/>	おむつテープ止め	S		<input type="checkbox"/>	おしりふき (流せないタイプ)	
		<input type="checkbox"/>		M		<input type="checkbox"/>	使い捨て手袋	S
		<input type="checkbox"/>		L				M
		<input type="checkbox"/>		LL				L
		<input type="checkbox"/>	パッドタイプ レギュラー			<input type="checkbox"/>	吸引カテーテル	
		<input type="checkbox"/>	パッドタイプ ワイド			<input type="checkbox"/>	カテーテルジョイント	
		<input type="checkbox"/>	おむつパンツタイプ	S		<input type="checkbox"/>	ドライシャンプー	
		<input type="checkbox"/>		M		<input type="checkbox"/>	ガーゼ	
		<input type="checkbox"/>		L		<input type="checkbox"/>	清拭剤	
		<input type="checkbox"/>		LL		<input type="checkbox"/>	ウエスタンシース	
		<input type="checkbox"/>		3L		<input type="checkbox"/>	ドレインバック	
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	シリンジ

(備考)

第 年 月 号 日

様

浜松市長

浜松市高齢者生活支援事業利用決定通知書

年 月 日付けで利用申請のありました浜松市高齢者生活支援事業の利用につきましては、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

事業名					
利用内容					
利用者負担金額					
利用者情報	住所				
	電話				
	氏名等				
	生年月日等				
	地域包括支援センター等				
	かかりつけ医院		主治医		
緊急連絡先	No.	氏名	関係	住所	電話
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
備考					

第 年 月 号
日

様

浜松市長

浜松市高齢者生活支援事業利用却下通知書

年 月 日付けで利用申請のありました浜松市高齢者生活支援事業の利用につきましては、下記のとおり却下しましたので通知します。

記

事 業 名		
対 象 者	住 所	
	氏 名	
却 下 理 由 等		

浜松市高齢者生活支援事業利用変更申請書

(あて先) 浜松市長

年 月 日

申請者 <small>署名又は記名押印 をしてください</small>	フリガナ			
	氏名			
	住所			
	電話		利用者 との関係	

申請書 提出者	事業所名			
	担当者		電話	
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)			

下記の事業の利用内容等について、変更したいので申請します。

利用者	住所				
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)				
	フリガナ		年齢	歳	電話
	氏名		生年月日	大正・昭和・西暦	年 月 日
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)					

事業および事項	変更前	変更後

(変更理由)

転居

身体状況の変化

その他 ()

第 年 月 号 日

様

浜松市長

浜松市高齢者生活支援事業利用変更決定通知書

年 月 日付けで利用変更申請のありました浜松市高齢者生活支援事業の利用につきましては、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

変更事業名					
利用内容					
利用者負担金額					
利用者情報	住所				
	電話				
	氏名等				
	生年月日等				
	地域包括支援センター等				
	かかりつけ医院		主治医		
緊急連絡先	No.	氏名	関係	住所	電話
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
備考					

第 年 月 号
日

様

浜松市長

浜松市高齢者生活支援事業利用変更却下通知書

年 月 日付けで利用変更申請のありました浜松市高齢者生活支援事業の利用
変更につきましては、下記のとおり却下しましたので通知します。

記

事 業 名		
対 象 者	住 所	
	氏 名	
却 下 理 由 等		

浜松市高齢者生活支援事業利用廃止申請書

(あて先) 浜松市長

年 月 日

申請者 <small>署名又は記名押印 をしてください</small>	フリガナ			
	氏名			
	住所			
	電話		利用者 との関係	

申請書 提出者	事業所名			
	担当者		電話	
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)			

下記の事業の利用について、廃止したいので申請します。

利用者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)				
	フリガナ		年齢	歳	電話	
	氏名		生年月日	大正・昭和・西暦	年	月 日
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)					

事業名	<input type="checkbox"/> 軽度生活援助員派遣事業
	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者等配食サービス事業
	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者等緊急通報システム事業

(廃止理由)

転居又は転出 長期入院 入所

辞退 死亡

その他 ()

第 年 月 号
日

様

浜松市長

浜松市高齢者生活支援事業利用廃止決定通知書

年 月 日付けで利用廃止申請のありました浜松市高齢者生活支援事業の利用
につきましては、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

廃止事業名		
廃止日		
利用者情報	住所	
	氏名	
	地域包括支援センター等	
備考		

第 年 月 号 日

様

浜松市長

浜松市高齢者生活支援事業利用取消決定通知書

浜松市高齢者生活支援事業の利用につきましては、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

取 消 事 業 名		
取 消 日		
利 用 者 情 報	住 所	
	氏 名	
	地域包括支援センター等	
備 考		

調査施設名		調査者		訪問調査日			
対象者	住所						
	フリガナ	電話		性別			
	氏名	生年月日	年齢				
対象者の状況	要介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済 (<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 自立) 認定日 有効期間					
	住居状況	<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> 民間借家 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	世帯状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	所得状況	年金 月額	円	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 他収入	<input type="checkbox"/> 家族の支援	
		市民税(本人)	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	市民税(世帯)	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税		
	疾病状況	<input type="checkbox"/> 高血圧・脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 筋・骨格系疾患 <input type="checkbox"/> 循環器系疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌系・代謝疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患 <input type="checkbox"/> 消化器系疾患 <input type="checkbox"/> 視聴器系疾患 <input type="checkbox"/> 泌尿器・生殖器系疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> その他 (病名:)					
		備考					
		受診状況	入院歴	病院名	病名		
				入院期間	～		
	かかりつけ医院		主治医	電話			
		通院理由					
	既往歴・生活歴						
障害の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害 級 <input type="checkbox"/> 精神障害 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 障害名						
家族関係	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 問題あり (<input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> その他 ())						
緊急時連絡先	1	住所					
		フリガナ	関係	性別			
		氏名	生年月日	年齢	歳		
		自宅連絡先	健康状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪	生活支援	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		その他連絡先	備考				
	2	住所					
		フリガナ	関係	性別			
		氏名	生年月日	年齢	歳		
		自宅連絡先	健康状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪	生活支援	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		その他連絡先	備考				
	3	住所					
		フリガナ	関係	性別			
		氏名	生年月日	年齢	歳		
		自宅連絡先	健康状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪	生活支援	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		その他連絡先	備考				
	4	住所					
		フリガナ	関係	性別			
		氏名	生年月日	年齢	歳		
		自宅連絡先	健康状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪	生活支援	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		その他連絡先	備考				
5	住所						
	フリガナ	関係	性別				
	氏名	生年月日	年齢	歳			
	自宅連絡先	健康状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪	生活支援	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	その他連絡先	備考					

対象者		訪問調査日	
-----	--	-------	--

社会資源	関係機関	<input type="checkbox"/> 地域包括 <input type="checkbox"/> 居宅事業所 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> その他 ()
	サービス利用	<input type="checkbox"/> 保健福祉 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> その他 ()
	サービス希望	<input type="checkbox"/> 保健福祉 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> その他 ()
ADL	歩行	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 要見守り・指示 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 杖歩行 (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 外出時のみ) <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子
	食事	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 要見守り・指示 <input type="checkbox"/> 要介助
	排泄	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 要見守り・指示 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> おむつ等使用
	入浴	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 要見守り・指示 <input type="checkbox"/> 要介助
	着替え	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 要見守り・指示 <input type="checkbox"/> 要介助
	整容	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 要見守り・指示 <input type="checkbox"/> 要介助
	IADL	掃除
洗濯		<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 要見守り・指示 <input type="checkbox"/> 要介助
買物		<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 要見守り・指示 <input type="checkbox"/> 要介助
調理片付		<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 要見守り・指示 <input type="checkbox"/> 要介助
金銭管理		<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 要見守り・指示 <input type="checkbox"/> 要介助
健康管理状況	視力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり (<input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障)
	聴力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり (<input type="checkbox"/> 補聴器 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左))
	言語	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり (<input type="checkbox"/> ややはっきりしない <input type="checkbox"/> やっと他人に通じる)
	口腔内問題	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり (<input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 不衛生 <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 炎症 <input type="checkbox"/> 嚥下)
	栄養摂取	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり (<input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 食欲不振)
	喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 本/日)
	飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> アルコール依存)
	睡眠	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり
	めまい	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 要見守り・指示 <input type="checkbox"/> 要介助
	転倒 (過去1年)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 要見守り・指示 <input type="checkbox"/> 要介助
問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 自傷他害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏興奮 <input type="checkbox"/> 不潔行為)	
精神状態	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり	

同 意 書

(あて先) 浜松市長

浜松市高齢者生活支援事業（ひとり暮らし高齢者等緊急通報システム事業）の利用を申請するにあたり、下記のことにご同意します。

1. 貸与を受けた機器については、大切に扱います。万が一自己の責任において毀損または滅失した場合は、自己の負担において賠償を行います。
2. 貸与を受けた機器については、善良なる管理者の注意をもって維持管理をするとともに、機器を譲渡、転貸または担保に供するなど目的外に使用しないことに同意します。
3. 緊急時の救命活動のため、住居等の一部に破損を生じた場合、浜松市および協力者ならびに委託事業者等に対し、責任を問いません。また、その修復については、自己の負担において行います。
4. システムが機能しているか確認するため、業者が週1回通信テストを行うことに同意します。（別途、電話料がかかります。電話音は鳴りません。）
5. 停電または回線が不安定となった場合、機器の動作が保証されていない電話回線や電話機を使用することで緊急通報に支障が生じることを理解した上で、自己責任において使用します。
このことに起因して生じる直接的または間接的ないかなる問題についても、浜松市及び委託事業者に対して、一切その責任を問わないことに同意します。

年 月 日

利用者住所

利用者氏名

(署名又は記名押印をしてください)

設置承諾書

(あて先) 浜松市長

年 月 日

所有者住所

所有者氏名

(署名又は記名押印をしてください)

電 話

下記のとおり設置することを承諾します。

記

承諾内容	事業名	
	設置物	
	設置場所	
	利用者名	
備考		

緊急通報システム設置に関する事前確認事項

聞き取り者氏名

利用者氏名

- ・電話回線は、NTTのアナログ回線を使用していますか。
 - はい
 - いいえ → 工事が必要な場合があります。工事が必要な場合は、別途工事費用がかかることがあります。なお、設置について事業受託者との相談が必要です。
- ※設置時に契約していた電話回線を変更する場合は、事前に市に連絡してください。
- ・ダイヤル式電話を使用していますか。
 - はい → 工事が必要な場合があります。工事が必要な場合は、別途工事費用がかかることがあります。なお、設置について事業受託者との相談が必要です。
 - いいえ
- ・電話機の周りにテレビなど他の機械を置いていますか。
 - はい → 工事が必要な場合があります。工事が必要な場合は、別途工事費用がかかることがあります。なお、設置について事業受託者との相談が必要です。
 - いいえ
- ・設置時、状況に応じて壁や柱等に鉋や釘を打つことを了解いただけますか。
 - はい
 - いいえ → 設置場所や設置方法が限定されます。
- ・緊急通報システムを設置に伺う際に駐車できる場所がありますか。
 - はい
 - いいえ
- ・(駆けつけ地域の場合) 緊急時、玄関に鍵がかかっている等家の中に入ることができない場合、やむを得ず窓ガラス等を割って入ることができる場所がありますか。
 - はい → どの場所にするか検討しておいてください。
 - いいえ → その場で消防に救援依頼をすることになります。