地域支援事業

在宅福祉推進事業

移送支援サービス

相談対応マニュアル

長崎市高齢者すこやか支援課

令和７年度 ９月改訂

目　次

１　地域支援事業・在宅福祉推進事業等の申請手続きについて・・・・・・・　1

２　長崎市地域支援事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14
（１）短期集中型訪問サービス事業
ア 栄養改善指導　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　15
イ 口腔改善指導　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　16
ウ リハビリテーション専門職指導　・・・・・・・・・　17
（２）短期集中型通所サービス事業・・・・・・・・・・・・　18
（３）総合支援配食サービス事業・・・・・・・・・・・・・　19
（４）要介護者配食サービス事業・・・・・・・・・・・・・　20
（５）緊急時訪問介護事業・・・・・・・・・・・・・・・・　23
（６）徘徊高齢者等家族支援事業・・・・・・・・・・・・・　25
（７）家族介護支援事業
ア 介護用品の支給　・・・・・・・・・・・・・・・・・・　29
イ 介護者慰労金支給事業　・・・・・・・・・・・・・・　31
（８）徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業・・・・・・・　32

３　長崎市在宅福祉推進事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・48
（１）訪問理美容サービス事業　・・・・・・・・・・・・・　49
（２）ふれあい訪問収集事業・・・・・・・・・・・・・・・　50
（３）日常生活用具給付事業・・・・・・・・・・・・・・・　62
（４）高齢者安心火災警報器給付事業・・・・・・・・・・　66

４　長崎市移送支援サービス・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・71

５　障害者・特別障害者控除対象者認定概要・・・・・・・・・・・・・・・・76

６　安否確認機能をもつ地域支援事業・在宅福祉推進事業・・・・・・・・・78

別冊　事業所一覧（地域支援事業、在宅福祉推進事業、移送支援サービス）

関連する要綱など
（１）長崎市地域支援事業実施規則
（２）長崎市在宅福祉推進事業実施要綱
（３）長崎市移送支援サービス要綱
（４）長崎市徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業実施要綱

１　地域支援事業・在宅福祉推進事業等の申請手続きについて

１　地域支援事業・在宅福祉推進事業等の申請手続きについて

１　申請代行者　（利用対象者の分類）

地域包括支援センター	居宅介護支援事業者
①　事業対象者 ②　要支援１・２ ③　介護保険認定未申請者 ④　介護保険サービス利用のない要介護者	①　介護保険サービス利用の要介護者 ②　要支援１・２または事業対象者（地域包括支援センターから受託している者に限る）

２　申請時手続き

（１）申請書類について

次のア・イ・ウは　基本書類です。さらにサービスにより、添付書類が異なります。

ア　申請書　：　利用するサービスにより、次のいずれかを提出してください。

（ア）　地域支援事業利用申請書（表面・裏面）

（イ）　長崎市在宅福祉推進事業利用申請書（表面・裏面）

（ウ）　移送支援サービス利用者交付（更新）申請書

（エ）　徘徊高齢者等家族支援事業・家族介護支援事業利用申請書（表面・裏面）

イ　要生活支援者台帳（写）

- 地域包括支援センター職員は要生活支援者システムに入力します。
- 要生活支援者台帳の緊急時連絡先欄の氏名・続柄・住所・電話番号は申請書の緊急連絡先（親族等連絡先）と一致させてください。
- 安否確認事業（配食サービス、緊急時訪問介護、ふれあい訪問収集）の申請の場合は民生委員情報も忘れずに記載してください。
- 情報提供にかかる本人の同意がサービス提供上必要ですので徹底してください。

ウ　介護予防サービス・支援計画書もしくは、居宅サービス計画書（写）

対象者	計画書
事業対象者 要支援１・２	利用者基本情報 介護予防サービス・支援計画表
要介護認定者で介護保険サービス利用者	居宅サービス計画書１・２・３
介護保険認定未申請者 サービスの未利用者	なし

情報提供にかかる本人の同意がサービス提供上必要ですので徹底してください。

（２） 変更・取消・廃止について

ア　変更・取消・廃止届が必要な場合は、次のとおりです。

（ア）変更届が必要な場合

決定された内容や居住地変更等で提供事業所・回数・曜日・利用負担金等について変更を希望する場合

（イ）取消届が必要な場合

決定された内容について、１回も利用することなく取消を希望する場合

（ウ）廃止届が必要な場合

①事業の利用廃止を本人が希望するとき

②評価（見直し）により利用継続の必要性がなくなったとき

③各事業における対象者要件を満たさないとき

⑤　施設入所・退院の目途が立たない入院のとき

イ　提出書類は、サービスにより異なります。詳細は 7～13 ページを御参照ください。なお、施設入所・退院の目途が立たない入院により廃止する場合には、サービスにより「地域支援事業変更・取消・廃止届」もしくは、「長崎市在宅福祉推進事業変更・取消・廃止届」のみを提出してください。

※死亡または市外転出による廃止の場合は、廃止届の提出は不要ですが電話で報告してください。）なお、徘徊高齢者等家族支援事業や緊急時訪問介護事業は機器の撤去や返却があるため、事業所へも連絡するようにしてください。

（１） 利用申請の取り下げについて

ア　取り下げが必要な場合は、次のとおりです。

（ア）　申請後、事業利用決定前までに申請を取り下げるとき

イ　提出書類は次のとおりです。

申請書　：　長崎市事業利用申請　取り下げ書

３　申請窓口　（各総合事務所地域福祉課）

直接窓口へ提出します。　　※郵送での受付は行っておりません。

４　決定通知について

サービス利用決定後、利用者（申請者）へ「利用決定・変更・却下通知書」を送付して結果をお知らせします。

≪留意点≫

（1）転居等による廃止通知につきましては、送付先が申請者宅以外の場合は申請書の欄外へ送付先の記入をお願いします。

（2）申請等の結果に係る情報提供を求める場合は、利用しているサービスにより、次のいずれかを併せて提出します。

ア　地域支援事業・届出結果提供依頼書（P.6　記入例参照）

イ　長崎市在宅福祉推進事業申請・届出結果提供依頼書

５　申請書一式

長崎市ホームページの「申請書・様式のダウンロード」からダウンロードができます。

HOME ＞ 組織でさがす ＞ 福祉部 ＞ 高齢者すこやか支援課 ＞ 相談対応マニュアルと申請書・様式等のダウンロード

【申請に関する相談・問い合わせ】

中央総合事務所地域福祉課	電話：８２９－１４２９
東総合事務所地域福祉課	電話：８１３－９００１
南総合事務所地域福祉課	電話：８９２－１１１３
北総合事務所地域福祉課	電話：８１４－３４００

長崎市事業利用申請　取り下げ書

長崎市長　様

年　　月　　日に行った事業申請を、下記のとおり取り下げます。

令和　　年　　月　　日

<table>
<tr><td colspan="2">申 請 事 業 名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">申 請 者 氏 名</td><td>（利用者との続柄　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">利 用 者</td><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">取り下げ理由</td><td></td></tr>
</table>

利用者以外の方が記入した場合ご記入ください。

記入者氏名　　（利用者との関係：　　）電話：

記入例

第10号様式(第13条関係)

年　月　日

地域支援事業申請・届出結果提供依頼書

(あて先)長崎市長

介護サービス計画作成のため、次の申請・届出結果の提供を依頼します。

【居宅介護支援事業者記載欄】

地域支援事業申請・届出結果提供依頼者(居宅介護事業者)			
所在地	〒		
名　称			
代表者名		電話番号	

申請・届出結果提供対象者	フリガナ 氏　　名	A
	住　　所	
	申請・届出結果を求める事業名	1　短期集中型訪問サービス事業 2　短期集中型通所サービス事業 3　総合支援配食サービス事業 4　徘徊高齢者等家族支援事業 5　家族介護支援事業 6　要介護者配食サービス事業 7　緊急時訪問介護事業

介護サービス計画の対象者の氏名をご記入ください。
※A・B 欄は同一人の氏名をご記入ください。

【介護支援専門員記載欄】

上記申請者の申請・届出結果の提供を受けた場合は、介護サービス計画作成以外の目的で使用しないことを約します。

介護支援専門員　氏名

(あて先)長崎市長

地域支援事業申請・届出結果の提供にかかる同意書

介護サービス計画作成のため、上記の居宅介護支援事業所の介護支援員専門員に、長崎市が私の地域支援事業申請・届出結果の提供を行うことに同意します。

申請者氏名　B

※介護サービス計画作成対象者の氏名を記入してください

地域支援事業等の申請に関する添付書類（新規）　　N0. 1

ＮＯ	事業名	対象者	申請書	要生活支援者台帳	介護予防サービス・支援計画書・利用者基本情報	居宅サービス計画書（１・２・３）	その他
1	短期集中型 訪問サービス （栄養改善指導）	要支援認定者	地域支援事業利用申請書	○	○※１		
		事業対象者	同上	○	○※１		
2	短期集中型 訪問サービス （口腔改善指導）	要支援認定者	同上	○	○※１		
		事業対象者	同上	○	○※１		
3	短期集中型 訪問サービス （ﾘﾊﾋﾞﾘ専門職指導）	要支援認定者	同上	○※２	○※１		
		事業対象者	同上	○	○※１		介護予防･生活支援サービス事業利用に関する情報提供書
4	短期集中型 通所サービス	要支援認定者	同上	○※２	○※１		
		事業対象者	同上	○	○※１		介護予防･生活支援サービス事業利用に関する情報提供書
5	総合支援 配食サービス	要支援認定者 事業対象者	同上	○	○※３		配食サービス事業アセスメント票及び報告書
6	要介護者配食サービス	要介護認定者	同上	○		○※３	配食サービス事業アセスメント票及び報告書
7	徘徊高齢者等家族支援	要介護被保険者 （第2号被保険者を含む）	徘徊高齢者等家族支援事業・ 家族介護支援事業申請書	○		○※３	
8	緊急時訪問介護	緊急を要する疾患をお持ちの方：要介護認定者	地域支援事業利用申請書	○		○※３	協力員情報
		緊急を要する疾患をお持ちの方：要支援認定者	同上	○	○※３		協力員情報
		緊急を要する疾患をお持ちの方：事業対象者	同上	○	○※３		協力員情報
		緊急を要する疾患をお持ちの方：上記以外	同上	○			協力員情報
9	家族介護用品支給	要介護4以上または 要介護3については 要件を満たす者※6	徘徊高齢者等家族支援事業・家族 介護支援事業利用申請書	○		○※３	
10	介護者慰労金支給	要介護4以上	同上	○			利用者（介護している方）の 慰労金振込口座の写し
11	徘徊高齢者等SOSネット ワーク事業	長崎市在住の概ね65歳以上の人で認知症等により行方不明になるおそれのある人	ご本人の登録 長崎市徘徊高齢者等SOSネット ワーク事業登録申請書 （第1号様式）	○ ※４			
		本市及びその近郊に所在する介護サービス事業所等	協力事業所の登録 長崎市徘徊高齢者等SOSネット ワーク事業協力事業所登録申請書 兼個人情報に関する誓約書（第4号様式）				

〈留意点〉
※1：利用者基本情報、介護予防サービス･支援計画書もしくはその原案を提出書類とします。
※2：事業利用にあたっては、事前に主治医他に事業利用の確認を行い、確認済の旨を要生活支援者台帳に記載してください。
※3：介護保険サービス（ただし住宅改修及び福祉用具購入を除く）、介護予防サービス、総合事業利用無し等、ケアプランを作成していない方は、ケアプランの添付は不要ですが、サービスの必要性を要生活支援者台帳に記載してください。その場合は、要生活支援者台帳の個人情報の提示に関する同意欄への記入が必要です。
※4：ケアマネジャーがおらず、家族が直接申請する場合は不要。
※5：要介護3については、認定調査票において「排尿」「排便」の項目において「全介助」、「一部介助」、「見守り等」に該当する者

地域支援事業等の申請に関する添付書類（新規）　　N0. 2

ＮＯ	事業名	対象者		申請書	要生活支援者台帳	介護予防サービス・支援計画書・利用者基本情報	居宅サービス計画書（１・２・３）	その他
12	訪問理美容サービス	理美容店に出向くことが困難な方	要介護認定者	長崎市在宅福祉推進事業 利用申請書	○		○※３	
			要支援認定者	同上	○	○※３		
			事業対象者	同上	○	○※３		
			上記以外	同上	○			
13	ふれあい訪問収集	要介護認定者		長崎市在宅福祉推進事業 利用申請書	○		○※３	ふれあい訪問収集事業調査票 ※６・７
		要支援認定者		同上	○	○※３		ふれあい訪問収集事業調査票 ※６・７
		事業対象者		同上	○	○※３		ふれあい訪問収集事業調査票 ※６・７
		上記以外		同上	○			ふれあい訪問収集事業調査票 基本チェックリスト ※６・７
14	日常生活用具給付	要介護認定者		長崎市在宅福祉推進事業 利用申請書	○		○※３	同意書（課税確認の同意）※８
		要支援認定者		同上	○	○※３		同意書（課税確認の同意）※８
		事業対象者		同上	○	○※３		同意書（課税確認の同意）※８
		上記以外		同上	○			同意書（課税確認の同意）※８
15	高齢者安心火災 警報器給付	要介護認定者		長崎市在宅福祉推進事業 利用申請書	○		○※３	高齢者安心火災警報器給付事業設置確認票 同意書（課税確認の同意）※８
		要支援認定者		同上	○	○※３		高齢者安心火災警報器給付事業設置確認票 同意書（課税確認の同意）※８
		事業対象者		同上	○	○※３		高齢者安心火災警報器給付事業設置確認票 同意書（課税確認の同意）※８
		上記以外		同上	○			高齢者安心火災警報器給付事業設置確認票 同意書（課税確認の同意）※８
16	移送支援サービス	事業対象者		移送支援サービス利用者証 交付（更新）申請書	○	○※３		居宅周辺状況地図

〈留意点〉

○　申請時は、申請する事業の利用を位置付けたプランを提出してください。

※６：【同居人がいる場合】
介護必要度の低い方を利用対象者として申請する。その場合は、同居人の要生活支援者台帳（又は介護予防サービス・支援計画書・利用者基本台帳/居宅サービス計画書）を提出してください。同居人が事業対象者又は介護認定未申請者の場合は、要生活支援者台帳に加え、基本チェックリストも提出してください。
※７：長崎市身体障害者等ふれあい訪問収集事業からの切り替え時は新規申請＋アセスメント票の提出が必要です。
※８：高齢者安心火災警報器給付と日常生活用具の自動消火器の給付については、取り付け箇所に穴をあける必要があるため、借家の場合は、家主による住宅改修における同意書も必要です。
長崎市のホームページ
HOME ＞ 組織でさがす ＞ 福祉部 ＞ 高齢者すこやか支援課 ＞ 相談対応マニュアルと申請書・様式等のダウンロード
よりダウンロードください。
◎公営住宅の場合の必要書類：【市営】模様替等承認申請書、カタログ等、誓約書
【県営】県営住宅模様替届（添付書類については、県営住宅の窓口（長崎県住宅供給公社）へお問い合わせください。

地域支援事業等の申請に関する添付書類（継続）

ＮＯ	事業名	対象者		申請書	要生活支援者台帳	介護予防サービス・支援計画書・利用者基本情報	居宅サービス計画書（１・２・３）	その他
1	総合支援 配食サービス	要支援認定者 事業対象者		地域支援事業利用申請書	○	○※６		配食サービス事業アセスメント票及び報告書
2	要介護者配食サービス	要介護認定者		同上	○		○※１	配食サービス事業アセスメント票及び報告書
3	徘徊高齢者等家族支援	要介護被保険者 （第2号被保険者を含む）		徘徊高齢者等家族支援事業・ 家族介護支援事業申請書	○		△※	申請者（家族）の課税証明書(市外の家族のみ) △※要援護台帳に署名が必要ですが、プラン(署名あり)の提出をもって要援護台帳提出の同意ありとみなします
4	家族介護用品支給	要介護3以上		徘徊高齢者等家族支援事業・ 家族介護支援事業申請書	○		○※１	
5	訪問理美容サービス	理美容店に出向くことが困難な方	要介護認定者	※３	○※４		○※４	
			要支援認定者	※３	○※４	○※４		
			事業対象者	※３	○※４	○※４		
			上記以外	※３	○			
6	ふれあい訪問収集	要介護認定者		※３	○※４		○※４	ふれあい訪問収集アセスメント票及び報告書 ※５
		要支援認定者		※３	○※４	○※４		ふれあい訪問収集アセスメント票及び報告書 ※５
		事業対象者		※３	○※４	○※４		ふれあい訪問収集アセスメント票及び報告書 ※５
		上記以外		※３	○※４			ふれあい訪問収集アセスメント票及び報告書 基本チェックリスト　※５
7	移送支援サービス	事業対象者		移送支援サービス利用者証 交付（更新）申請書	○	○※２		居宅周辺状況地図

<留意点>

※1：介護保険サービス（ただし住宅改修及び福祉用具購入を除く）を利用していない要介護認定者は、ケアプランの添付は不要ですが、
　　サービスの必要性を要生活支援者台帳に記載してください。
※2：介護予防サービス・支援計画書がある方は、提出してください。
　　◎　要生活支援者台帳の最下段の同意欄への記入をお願いします。
※3：前年度に事業を決定した方が継続申請を行う場合は、申請書の提出は不要です。
※4：介護予防サービス・支援計画書又は居宅サービス計画書がある場合は計画書（利用者基本情報不要）を、
　　ない場合は、要生活支援者台帳（最下段の同意欄へ記入あり）を提出してください。
※5：【同居人がいる場合】
　　・ふれあい訪問収集アセスメント票及び報告書の特記事項欄に同居者がゴミ出し対応できない理由を記載する。
　　・同居人の要生活支援者台帳は不要です。
※6：介護予防サービス・支援計画書がない場合は、要生活支援者台帳（最下段の同意欄への記入あり）に必要事項を記入し、提出してください。

地域支援事業等の 変更時 添付書類

変更の場合	決定された内容や居住地変更等で提供事業所・回数・曜日・利用負担金等について変更を希望する場合 （その他） ・　徘徊高齢者等家族介護支援事業の場合・・申請者や緊急連絡先変更、利用負担金の変更、転居等が生じた場合 ・　緊急時訪問介護事業の場合・・緊急連絡先や協力員変更、利用負担金の変更、転居等が生じた場合 ・　ふれあい訪問収集事業の場合・・安否確認の有無、状況確認先、居宅介護支援事業所、収集回数や声かけ状況の変更、転居等が生じた場合

ＮＯ	事業名	変更内容	申請書	要生活支援者台帳	介護予防サービス・支援計画書・利用者基本情報	居宅サービス計画書（１・２・３）	その他
1	短期集中型訪問サービス（栄養改善指導）	提供事業所変更	地域支援事業変更・取消・廃止届		○※１		
2	短期集中型訪問サービス（口腔改善指導）	提供事業所変更	同上		○※１		
3	短期集中型訪問サービス（ﾘﾊﾋﾞﾘ専門職指導）	提供事業所変更	同上		○※１		
4	短期集中型通所サービス	提供事業所変更	同上		○※１		
5	総合支援配食サービス	提供事業所変更 回数・曜日等の変更	同上	○	○※３		配食サービス事業アセスメント票及び報告書
6	要介護者配食サービス	提供事業所変更 回数・曜日等の変更	同上	○		○※２	配食サービス事業アセスメント票及び報告書
7	徘徊高齢者等家族支援	申請者変更 緊急連絡先変更	同上	○			
		利用負担金の変更 市内転居	同上	○			
8	緊急時訪問介護	緊急連絡先・緊急時の連絡 医療機関・協力員の変更	同上	○			協力員情報（地域支援事業利用申請書の裏面） ※協力員のうち変更のある方のみ
		利用負担金の変更 市内転居	同上	○			
9	家族介護用品支給	提供事業所変更 支給品目の変更	同上				
		市内転居	同上				利用者・被介護者の世帯状況（徘徊高齢者等家族支援）
10	徘徊高齢者等SOSネットワーク事業	情報提供項目の変更 かかりつけ医・居宅介護支援事業所・連絡先の変更	ご本人の登録 長崎市徘徊高齢者等SOSネットワーク事業登録変更・取下げ届（第3号様式）				
		上記以外の登録者情報の変更		○ ※４			長崎市徘徊高齢者等SOSネットワーク事業登録申請書（第1号様式）
		登録内容の変更	協力事業所の登録 長崎市徘徊高齢者等SOSネットワーク事業協力事業所登録変更・取下げ届（第6号様式）				
11	ふれあい訪問収集	緊急連絡先の変更					各総合事務所へ電話連絡
		安否確認の有無・収集回数や状況確認先、居宅介護支援事業所の変更	長崎市在宅福祉推進事業変更・取消・廃止届				ふれあい訪問収集アセスメント票及び報告書 ※５
		要介護認定者の市内転居	長崎市在宅福祉推進事業変更・取消・廃止届	○		○※２	ふれあい訪問収集調査票
		要支援認定者・事業対象者の市内転居	長崎市在宅福祉推進事業変更・取消・廃止届	○	○※３		ふれあい訪問収集調査票
		上記以外の市内転居	長崎市在宅福祉推進事業変更・取消・廃止届	○			ふれあい訪問収集調査票、基本チェックリスト
12	移送支援サービス	介助人数の変更	移送支援サービス変更届書				
		市内転居	移送支援サービス変更届書	○	○※３		居宅周辺状況地図

＜留意点＞
※1：利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画表もしくはその原案を提出書類とします。
※2：介護保険サービス（ただし住宅改修及び福祉用具購入を除く）を利用していない要介護認定者は、ケアプランの添付は不要ですが、
　　サービスの必要性を要生活支援者台帳（最下段の同意欄への記入あり）に記載してください。
※3：介護予防サービス・支援計画書がある方は提出してください。無い方は、要生活支援者台帳の最下段の同意欄への記入をお願いします。
※4：ケアマネジャーがおらず、家族が直接申請する場合は不要です。
※5：安否確認の有無、収集回数変更の場合は、ふれあい訪問収集アセスメント及び報告書の特記事項欄に変更理由を記載する。

地域支援事業等の 取消時 添付書類

取消の場合	決定された内容について、1回も利用することなく取消を希望する場合

ＮＯ	事業名	申請書	要生活支援者台帳	介護予防サービス・支援計画書・利用者基本情報	居宅サービス計画書（１・２・３）	その他
1	短期集中型 訪問サービス （栄養改善指導）	地域支援事業 変更・取消・廃止届				
2	短期集中型 訪問サービス （口腔改善指導）	同上				
3	短期集中型 訪問サービス （ﾘﾊﾋﾞﾘ専門職指導）	同上				
4	短期集中型 通所サービス	同上				
5	総合支援 配食サービス	同上				
6	要介護者配食サービス	同上				
7	徘徊高齢者等家族支援	同上				
8	緊急時訪問介護	同上				
9	家族介護用品支給	同上				
10	訪問理美容サービス	同上				
11	ふれあい訪問収集	同上				
12	日常生活用具給付	同上				
13	高齢者安心火災警報器給付	同上				

<留意点>
◎死亡・市外転出による取り消しの場合は、お電話にて各総合事務所へ連絡してください。

地域支援事業等の　廃止届時　添付書類

廃止の場合	①　事業の利用廃止を本人が希望する時 ②　評価（見直し）により利用継続の必要性がなくなったとき ③　各事業における対象者要件を満たさないとき ④　施設入所・退院の目途が立たない入院

ＮＯ	事業名	申請書	要生活支援者台帳	介護予防サービス・支援計画書・利用者基本情報	居宅サービス計画書（１・２・３）	その他
1	短期集中型 訪問サービス （栄養改善指導）	地域支援事業 変更・取消・廃止届	○※1	○※1		
2	短期集中型 訪問サービス （口腔改善指導）	同上	○※1	○※1		
3	短期集中型 訪問サービス （ﾘﾊﾋﾞﾘ専門職指導）	同上	○※1	○※1		
4	短期集中型 通所サービス	同上	○※1	○※1		
5	総合支援 配食サービス	同上				
6	要介護者配食サービス	同上				
7	徘徊高齢者等家族支援	同上				欄外に撤去時連絡先を記入
8	緊急時訪問介護	同上				欄外に撤去時連絡先を記入
9	家族介護用品支給	同上				
10	徘徊高齢者等SOSネットワーク事業	ご本人の登録 長崎市徘徊高齢者等SOSネットワーク事業 登録変更・取下げ届（第3号様式）				
		協力事業所の登録 長崎市徘徊高齢者等SOSネットワーク事業 協力事業所登録変更・取下げ届 （第6号様式）				
11	訪問理美容サービス	在宅福祉推進事業変更・取消・廃止届				
12	ふれあい訪問収集	同上				
13	移送支援サービス	移送支援サービス利用者証等返還届				・利用者証の返還が必要

＜留意点＞
※1施設入所・退院の目途が立たない入院・介護認定への移行に伴う介護給付の利用等が想定され、廃止する場合には、「地域支援事業変更・取消・廃止届」のみを提出して下さい。

◎本人宅以外の住所に通知を郵送する場合、欄外に宛先（氏名、住所）を記入してください。
　入所・入院の場合は欄外に宛先（氏名・住所）を記入して下さい。

◎死亡または市外転出による廃止の場合は、廃止届の提出は不要ですが電話で報告してください。なお、徘徊高齢者等家族支援事業や緊急時訪問介護事業は機器の撤去や返却があるため、事業所へも連絡するようにしてください。

地域支援事業等の 取り下げ時 添付書類

取り下げの場合	申請後、事業利用決定前までに申請を取り下げるとき

ＮＯ	事業名	申請書	要生活支援者台帳	介護予防サービス・支援計画書・利用者基本情報	居宅サービス計画書（１・２・３）	その他
1	短期集中型 訪問サービス （栄養改善指導）	長崎市事業利用申請 取り下げ書				
2	短期集中型 訪問サービス （口腔改善指導）	同上				
3	短期集中型 訪問サービス （ﾘﾊﾋﾞﾘ専門職指導）	同上				
4	短期集中型 通所サービス	同上				
5	総合支援 配食サービス	同上				
6	要介護者配食サービス	同上				
7	徘徊高齢者等家族支援	同上				
8	緊急時訪問介護	同上				
9	家族介護用品支給	同上				
10	訪問理美容サービス	同上				
11	ふれあい訪問収集	同上				
12	日常生活用具給付	同上				
13	高齢者安心火災警報器給付	同上				
14	介護者慰労金支給	同上				

<留意点>
◎死亡・市外転出による取り下げの場合でも、取り下げ書の提出が必要ですのでご注意ください。

２　長崎市地域支援事業

（１）　短期集中型訪問サービス事業

ア 栄養改善指導

イ 口腔改善指導

ウ リハビリテーション専門職指導

（２）　短期集中型通所サービス事業

（３）　総合支援配食サービス事業

（４）　要介護者配食サービス事業

（５）　徘徊高齢者等家族支援事業

（６）　緊急時訪問介護事業

（７）　家族介護支援事業

ア 介護用品の支給
イ 介護者慰労金支給事業

（８）　徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業

事業名	短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）
事業内容	対象者に対して、栄養士が自宅へ訪問することにより短期集中的に食生活の改善を図り、終了時には目標達成の評価と今後の介護予防について調整する。
利用者対象要件	事業対象者または要支援１、要支援２の者のうち、次のいずれかに該当する者 ①　ケアマネジャー（または、自立支援型地域ケア会議の検討結果）がサービス利用により、ケアプランの栄養改善目標を明確にできる者、かつ主治医の許可がある者。 ②　基本チェックリスト（１１）（１２）の両方に該当し、低栄養状態にある者。
利用料	無料
申請添付書類	①　地域支援事業利用申請書 ②　要生活支援者台帳（写） ③　利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画書もしくは原案（写） ④　地域支援事業申請・届出結果提供依頼書 （居宅介護支援事業者が代行し、申請等の結果に係る情報提供を求める場合）
特記事項	○利用回数は全３回（６ヶ月以内）が原則であるが、回数を減らすことができる。 ○内容等詳細については短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）マニュアル参照 ○介護予防ケアマネジメントは、ケアマネジメントＡのサービスとなる。サービス担当者会議は、他のサービス利用日に合わせて管理栄養士の同伴訪問を設定して実施するのが望ましい。 ○総合支援配食サービス事業を新規申請する際は、本事業開始後、配食サービス事業アセスメント票及び報告書（短期集中型訪問サービス利用者）の栄養士記入欄に管理栄養士が記載したものを添付。 ○栄養改善指導実施月とモニタリング月はケアマネジメントＡが必要。 ○他サービス併用可能。

※ケアマネジメントは、担当の地域包括支援センターの専門職または同センターから委託を受けた居宅介護支援事業所のケアマネジャーが担当します。ここでは単にケアマネジャーと表記しています。

事業名	短期集中型訪問サービス事業（口腔改善指導）
事業内容	対象者に対して、歯科衛生士が自宅へ訪問することにより短期集中的に口腔清掃の習慣化や技術向上、また摂食・嚥下機能の向上を図り、終了時には目標達成の評価と今後の介護予防について調整する。
利用者対象要件	事業対象者または要支援１、要支援２の者のうち、次のいずれかに該当する口腔機能が低下していると思われる者 ①　ケアマネジャー（または、自立支援型地域ケア会議の検討結果）がサービス利用により、ケアプランの口腔機能改善目標を明確にできる者、かつ主治医の許可がある者。 ②　基本チェックリストで（１３）（１４）（１５）のうち２つ以上該当する者で個別指導が必要と思われる者。
利用料	無料
申請添付書類	①　地域支援事業利用申請書 ②　要生活支援者台帳（写） ③　利用者基本情報、介護予防サービス計画・支援計画書もしくは原案（写） ④　地域支援事業申請・届出結果提供依頼書 （居宅介護支援事業者が代行し、申請等の結果に係る情報提供を求める場合。）
特記事項	○利用回数は全２回（６ヶ月以内）が原則であるが、回数を減らすことができる。 ○内容等詳細については短期集中型訪問サービス（口腔改善指導）マニュアル参照 ○介護予防ケアマネジメントは、ケアマネジメントＡのサービスとなる。サービス担当者会議は、他のサービス利用日に合わせて歯科衛生士の同伴訪問を設定して実施するのが望ましい。 ○口腔改善指導実施月とモニタリング月はケアマネジメントＡが必要。 ○他サービス併用可能。

事業名	短期集中型訪問サービス事業（リハビリテーション専門職指導）
事業内容	対象者に対して、理学療法士、作業療法士が自宅へ訪問することにより短期集中的に日常生活動作(ADL)または手段的日常生活動作(IADL)の改善を図り、終了時には目標達成の評価と今後の介護予防について調整する。
利用者対象要件	要支援１、要支援２または事業対象者（栄養リスク、口腔リスクのみの該当を除く）かつ主治医の許可がある方。
利用料	無料
申請添付書類	①　地域支援事業利用申請書 ②　要生活支援者台帳（写） ※事業利用にあたっては、事前に主治医他に事業利用の確認を行い、確認済みの旨を要支援者台帳に記載してください。 ③　利用者基本情報、介護予防サービス計画・支援計画書もしくは原案（写） ④　介護予防・生活支援サービス事業利用に関する情報提供書（事業対象者のみ） ⑤　地域支援事業申請・届出結果提供依頼書 （居宅介護支援事業者が代行し、申請等の結果に係る情報提供を求める場合）
特記事項	○利用回数は最高６回（３～6ヶ月間）であるが、本人の状態に応じて回数を減らすことができる。また、利用間隔は必要に応じて変更可能。ただし、最終回は最短でも３ヶ月目とする。６ヶ月以上の利用は不可 ○事業利用にあたっては事前に主治医に了承を得る（確認済みの旨、要生活支援者台帳のサービス利用意向欄に要記載）。主治医がいない場合も情報提供書は必要なため各総合事務所地域福祉課へ相談する。 ○内容等詳細については短期集中型訪問サービス事業（リハビリ専門職指導）マニュアル参照 ○リハビリ専門職は理学療法士、作業療法士とする ○介護予防ケアマネジメントは、ケアマネジメントＡのサービスとなるため、サービス担当者会議が必要。 ○リハビリ専門職指導実施月とモニタリング月は、ケアマネジメントＡが発生する。 ○他サービス併用可能。

事業名	短期集中型通所サービス事業
事業内容	対象者に対して、定期的な通所により、短期集中的に運動機能向上、認知機能向上を図り、終了時には目標達成の評価と今後の介護予防について調整する。
利用者対象要件	要支援１、要支援２、事業対象者（栄養リスクのみ、口腔リスクのみ、栄養リスクと口腔リスクのみの該当を除く）のうち、ケアマネジャーが、ケアプランの機能回復目標を明確にできる方。かつ主治医の許可がある方。
利用料	無料＊送迎あり
申請添付書類	①　地域支援事業利用申請書 ②　要生活支援者台帳（写） ※事業利用にあたっては、事前に主治医他に事業利用の確認を行い、確認済みの旨を要支援者台帳に記載してください。 ③　利用者基本情報、介護予防サービス計画・支援計画書もしくは原案（写） ④　介護予防・生活支援サービス事業利用に関する情報提供書（事業対象者のみ） ⑤　地域支援事業申請・届出結果提供依頼書 （居宅介護支援事業者が代行し、申請等の結果に係る情報提供を求める場合。）
特記事項	○利用回数は全 24 回（３～６ヶ月間）が原則であるが、利用回数は介護予防サービス・支援計画書に定める回数とし、利用者の都合により欠席しても１回とカウントする。本人の状態に応じて６ヶ月以内に終了するよう、利用頻度の調整は可能。６ヶ月以内に終了できない場合は、各総合事務所地域福祉課に相談する。 ○事業利用にあたっては事前に主治医に事業利用の確認をする。（確認済みの旨、要生活支援者台帳のサービス利用意向欄に要記載）。主治医がいない場合も情報提供書は必要なため、各総合事務所地域福祉課へ相談する。 ○内容等詳細については短期集中型通所サービス事業マニュアル参照。 ○事業内容には、地域の情報提供があり、地域の高齢者ふれあいサロン等へ外出し、体験利用（集団）があるが、体験利用や地域資源の紹介はケアマネジャーがモニタリングの際にも実施（個別）する。 ○介護予防ケアマネジメントは、ケアマネジメント A のサービスとなるため 、サービス担当者会議の開催、モニタリングが必要。 ○サービス担当者会議終了後の、初めての介護予防サービス開始月から、全 24 回終了した後のモニタリング月まで、ケアマネジメント A が発生する。 ○住民主体型通所サービス（高齢者ふれあいサロン）等の住民主体の集いの場を併用することは可能だが、その他の地域支援事業の通所型サービスや、介護予防通所リハビリテーション（デイケア）との併用は原則不可。訪問型サービスとの併用は可能。 ○要支援認定者がサービス利用期間中に要支援認定が切れる場合、引き続き要支援認定または事業対象者になれば、次の期間のプランのみ地区担当保健師へ提出。

※ケアマネジメントは、担当の地域包括支援センターの専門職または同センターから委託を受けた居宅介護支援事業所のケアマネジャーが担当します。ここでは単にケアマネジャーと表記しています。

事業名	**総合支援配食サービス事業**
事業内容	利用対象者に対して、定期的に居宅に訪問して安否確認を行うとともに、栄養のバランスのとれた食事を提供する。
利用者 対象要件	単身世帯、市が必要と認める場合は高齢者のみの世帯又はこれに準ずる世帯に属する安否確認が必要な方で、低栄養状態等栄養改善の必要性があると判定された事業対象者および要支援者のうち、訪問介護サービス等での食の確保や栄養バランスが保てず、個人の日常生活における食事のみによっては、栄養状態が改善しないと見込まれる方。
利用料	1食につき　270円～620円（主食あり） 1食につき　270円～610円（主食なし）
申請添付書類	①　地域支援事業利用申請書 ②　要生活支援者台帳（写） ③　利用者基本情報、介護予防ｻｰﾋﾞｽ計画・支援計画書（写） ④　配食サービス事業アセスメント票及び報告書 ⑤　地域支援事業申請・届出結果提供依頼書 （居宅介護支援事業者が代行し、申請等の結果に係る情報提供を求める場合。）
特記事項	○　訪問介護や通所サービス等により安否確認が可能な日は、原則本サービスの利用不可（ただし、市が必要と認める場合を除く。） ○　経済的な理由のみでの申請は不可。 ○　申請時に利用対象者が在宅していることが原則であり入院中の利用申請不可。 ○　利用回数は１週につき昼食・夕食あわせて１４回を上限とする。 ○　新規・変更の申請を行う場合は、事前に配食サービス事業委託先に対応可能かどうか確認する。 ○　決定してサービス利用開始から12か月後もしくは、介護認定の有効期間の終了時にサービス評価を行い、継続利用の必要性を検討する。継続申請時、諸事情により申請ができない場合（認定が遅れている、入院中等）は、提出締切日（サービス終了月の末日より６開庁日【土・日・祝日を含まない】）までに各総合事務所地域福祉課へ連絡を行う。 ○　継続申請手続きは、提出期限（サービス終了月の末日より６開庁日【土・日・祝日を含まない】）を厳守。 提出書類：　①　地域支援事業利用申請書 ②　要生活支援者台帳（写） ③　利用者基本情報、介護ｻｰﾋﾞｽ計画又は介護予防ｻｰﾋﾞｽ計画・支援計画（写） ④　配食サービス事業アセスメント票及び報告書（要介護者配食サービス事業・総合支援配食サービス事業） ⑤　地域支援事業申請・届出結果提供依頼書（居宅介護支援事業者が代行し、申請等の結果に係る情報提供を求める場合。） ○　要介護認定の申請(要支援の場合は更新申請及び区分変更申請)を行い、要介護と認定された場合、＜総合支援配食サービス事業＞の「廃止届」を提出し、必要に応じて＜要介護者配食サービス事業＞の申請を行う。 ○　入所や長期入院（３ヶ月以上）で利用がない場合、利用者対象要件に該当しなくなった場合、必要性を検討し速やかに「廃止届」を提出する。 ※サービス終了月に入院等で利用を休止していた方が、退院後にサービスを再開する場合は、すでにサービス利用期間は切れているため、申請して決定後の利用再開となる。 ※事業対象者で、ケアマネジマントA、ケアマネジメントBによる介護予防ケアマネジメントを受けずに本事業を利用する場合は、ケアマネジメントC(初回のみのケアマネジメント）が必要。 新規申請前に、短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）利用対象者要件を満たす方は、事業利用申請後、栄養改善指導を受けるよう促すこと。 ○　状況確認先及び居宅介護支援事業所のみの変更の場合は、配食サービス事業アセスメント票及び報告書と地域支援事業変更・取消・廃止届のみを提出。

事業名	要介護者配食サービス事業
事業内容	利用対象者に対して、定期的に居宅に訪問して安否確認を行うとともに、栄養のバランスのとれた食事を提供する。
利用者 対象要件	要介護状態と判定された単身世帯、市が必要と認める場合は高齢者のみの世帯又はこれに準ずる世帯に属する安否確認が必要な高齢者であって、訪問介護サービス等での食の確保や栄養バランスが保てず、自立支援の観点からサービスを利用することが適切である方。
利用料	1食につき　270円～620円（主食あり） 1食につき　270円～610円（主食なし）
申請添付書類	①　地域支援事業利用申請書 ②　要生活支援者台帳（写） ③　居宅ｻｰﾋﾞｽ計画書（1・2・3）（写） ※サービス計画書のない方は、添付は不要です。 ④　配食サービス事業アセスメント票及び報告書（要介護者配食サービス事業・総合支援配食サービス事業） ⑤　地域支援事業申請・届出結果提供依頼書（居宅介護支援事業者が代行し、申請等の結果に係る情報提供を求める場合。）
特記事項	○　訪問介護や通所サービス等により安否確認が可能な日は、原則本サービスの利用不可（ただし、市が必要と認める場合を除く）。 ○　経済的な理由のみでの申請は不可。 ○　申請時に利用対象者が在宅していることが原則であり入院中の利用申請不可。 ○　利用回数は１週につき昼食・夕食あわせて１４回を上限とする。 ○　新規・変更の申請を行う場合は、事前に配食サービス事業委託先に対応可能かどうか確認する。 ○　決定してサービス利用開始から１２ヶ月後もしくは、介護認定の更新時期にサービス評価を行い、継続利用の必要性を検討する。継続申請時、諸事情により申請ができない場合（認定遅れ、入院等）は、提出締切日（サービス終了月の末日より６開庁日【土・日・祝日を含まない】）までに担当へ連絡を行う。 ○　継続申請手続きは、提出期限（サービス終了月の末日より６開庁日【土・日・祝日を含まない】）を厳守。 提出書類：　①　地域支援事業利用申請書 ②　要生活支援者台帳（写） ③　居宅ｻｰﾋﾞｽ計画書（写） ＊　直近の計画書を添付する。 ＊　計画書の同意署名、捺印をもらう。 ④　配食サービス事業アセスメント票及び報告書 （要介護者配食サービス事業・総合支援配食サービス事業） ⑤　地域支援事業申請・届出結果提供依頼書（居宅介護支援事業者が代行し、申請等の結果に係る情報提供を求める場合。） ○　入所・長期入院（３ヶ月以上）で利用がない場合、必要性を検討し速やかに「廃止届」を提出する。 ※　サービス終了月に入院等の理由で休止していた方が、退院後にサービスを再開する場合は、すでにサービス利用期間は切れているため、申請し決定後の利用再開となる。 ○　状況確認先及び居宅介護支援事業所のみの変更の場合は、配食サービス事業アセスメント票及び報告書と地域支援事業変更・取消・廃止届のみを提出

配食サービス事業アセスメント票及び報告書（要介護者配食サービス事業・総合支援配食サービス事業）

調査年月日	R　　年　　月　　日	事業所名	
記入者氏名		事業所連絡先	－　　－
利用者氏名		生年月日	M □　T □　S □　　年　　月　　日（　　歳）
住所	長崎市	電話番号	－　　－
		携帯電話番号	－　　－

状況確認先	かな 氏名		住所	
	利用者との関係	電話番号	状況確認先が事業所の場合の事業所名	
		－　　－		

週間メニュー	日	月	火	水	木	金	土
午前							
午後							

対応の要否	治療食の必要性　□ 要　□ 不要 （糖尿病食　減塩食　軟食　その他ｱﾚﾙｷﾞｰ等） 主食　□ 要　□ 不要	食の実態	食事の確保　□ 可　□ 不可 好き嫌いや食事内容の偏り　□ 多　□ 普通・少 インスタント食品や市販の惣菜利用　□ 多　□ 普通・少	栄養状態	体重　□ 増減　□ 維持 食欲低下　□ あり　□ なし 衰弱　□ あり　□ なし 飲酒問題　□ あり　□ なし	

安否確認の必要性	□ あり　　□ なし
特記事項	上記以外の事項について特に必要があれば御記入ください。

買い物	買い物	□不可	□可	
	（ 誰が　頻度）	□本人 （　　日／週）		
		□その他（　　日／週 ）		
	荷物の運搬能力	□不可	□可	
調理	調理	□不可	□可	
	（誰が 頻度）	□本人 （　　日／週）		
		□その他（　　日／週 ）		
	手作業の困難	□あり	□なし	
	立位作業の困難	□あり	□なし	
	視力障害	□あり	□なし	
	調理意欲の低下	□あり	□なし	
	調理習慣・経験	□なし	□あり	
	認知症・知的障害・精神障害	□あり	□なし	
	火の取り扱いの危険性	□あり	□なし	
	調理器具・設備	□なし	□あり	
その他	人的サービス受入問題	□なし	□あり	
	介護保険サービス問題	□なし	□あり	
	経済的問題	□なし	□あり	
	手渡し方法	□居室	□玄関先	

配食サービス事業アセスメント票及び報告書（要介護者配食サービス事業・総合支援配食サービス事業）

記載要領

調査年月日	R　　年　　月　　日	事業所名	
記入者氏名		事業所連絡先	－　　－
利用者氏名		年月日	M □　T □　S □　　年　　月　　日（　　歳）
住所	長崎市	話番号	－　　－
		携帯電話番号	－　　－

声かけの返事がない等、安否確認がとれない場合、配食サービス事業所から連絡があります。

状況確認先	かな 氏名		住所	
	利用者との関係	電話番号	状況確認先が事業所の場合の事業所名	
		－　　－		

週間メニュー		日	月	火	水	木	金	土
	午前							
	午後							

配食は治療食か否か。
例）糖尿病で治療食管理が望ましいが、主治医確認のもと、普通食で可能　⇒必要性なし

対応の要否		食の実態		栄養状態	
	治療食の必要性　□ 要　□ 不要 （糖尿病食　減塩食　軟食　その他ｱﾚﾙｷﾞｰ等）		食事の確保　□ 可　□ 不可		体重　□ 増減　□ 維持
			好き嫌いや食事内容の偏り　□ 多　□ 普通・少		食欲低下　□ あり　□ なし
	主食　□ 要　□ 不要		インスタント食品や市販の惣菜利用　□ 多　□ 普通・少		衰弱　□ あり　□ なし
					飲酒問題　□ あり　□ なし
安否確認の必要性	☑ あり		なし		
特記事項	上記以外の事項について特に必要があれば御記入ください。				

配食は主食が必要か否か。
例）おかずのみの調理は困難だが、炊飯は可能。　⇒おかずのみ

買い物	買い物	□不可	□可	
	（ 誰が　頻度）	□本人 （　　日／週）		
		□その他（　　日／週 ）		
	荷物の運搬能力	□不可	□可	
調理	調理	□不可	□可	
	（誰が 頻度）	□本人 （　　日／週）		
		□その他（　　日／週 ）		
	手作業の困難	□あり	□なし	
	立位作業の困難	□あり	□なし	
	視力障害	□あり	□なし	
	調理意欲の低下	□あり	□なし	
	調理習慣・経験	□なし	□あり	
	認知症・知的障害・精神障害	□あり	□なし	
	火の取り扱いの危険性	□あり	□なし	
	調理器具・設備	□なし	□あり	
その他	人的サービス受入問題	□なし	□あり	
	介護保険サービス問題	□なし	□あり	
	経済的問題	□なし	□あり	
	手渡し方法	□居室	□玄関先	

事業名	緊急時訪問介護事業
事業内容	利用対象者に対して、急病や災害等の緊急時に迅速かつ適切な対応が図られるよう、緊急装置を設置し、必要に応じ、訪問介護員の派遣を行う。また、必要と認められる者に対し、孤独感を和らげることを目的に、定期的に電話による声の訪問を行う。
利用対象要件	おおむね65歳以上の単身世帯、高齢者のみの世帯又はこれに準ずる世帯に属する高齢者であって、身体的及び環境的要因により緊急通報装置の設置が必要なもの及び定期的な電話による訪問が必要なもの 例）緊急を要する疾病を持っている。心疾患、高血圧症でコントロールが不安定等 同居者も高齢や障害があり、緊急の対応が困難である。 ＊電話機を保持しているもの ＊ＮＴＴアナログ回線を使用して下さい。 ＊送信機は、心臓ペースメーカーの装着部位から22㎝以上離すこと。
利用料	１ヶ月につき383円　（生活保護世帯は利用料の負担なし）
申請添付書類	①　地域支援事業利用申請書 （裏面・緊急時訪問介護事業利用者台帳）も記入する。 協力員（※近くにいる方、民生委員を含む）及び民生委員の署名は**自筆**です。 ②　要生活支援者台帳（写）・・現病歴、既往歴、家族状況、ＡＤＬ、認知症の症状、生活状況、必要な理由、　電話対応の状況、コミュニケーションの可否、聴力、視力の状況等を記載する。 ③　利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画書（写） または、居宅サービス計画書（１・２・３・）（写） ※サービス計画書のない方は、添付は不要です。 ④　緊急時訪問介護事業届出結果提供依頼書
特記事項	○　申請書裏面と要援護者台帳に記載する現病歴・既往歴は揃えて記載してください。 ○　緊急時訪問介護事業はp.79のとおり安否確認機能を持つ事業です。民生委員には必ず利用することを伝え、要生活支援者台帳に担当民生委員氏名を記入してください。また、可能な限り協力員としての登録を依頼し、自筆にて署名いただくことで緊急時の円滑な対応ができるよう調整してください。民生委員より協力員登録が難しいとの返答があった場合は、要生活支援者台帳にその旨を記載してください。 ○　利用者に「決定通知書」、事業所に「実施依頼書」が送付され、事業が実施される。 事業所（安心センター）からご本人に連絡後、装置の設置に訪問する。 ご本人の対応ができない場合は、設置時に立ち会う方の連絡先などを記載する。 設置時に利用料支払い方法などの契約を行う。 設置後は、月に1回、機種点検を兼ねて事業所から,健康状態など確認の電話が入る。 ○　転居や協力員、緊急連絡先、緊急時の連絡医療機関の変更の場合、「変更届」の手続きをする。 申請書類　①　地域支援事業変更・取消・廃止届 ②　要生活支援者台帳 ※なお、協力員及び民生委員のみの変更の場合には、台帳の添付は不要です。 ※緊急連絡先の変更の場合は変更届に新しい連絡先となる方の氏名、続柄、住所、電話番号をご記入ください。 ③　地域支援事業利用申請書（裏面）・・＜緊急訪問介護事業利用者台帳＞　協力員署名欄の記入 ※協力員変更の場合③も提出してください。 ○　入院等で１ヶ月以上利用を休止する場合、安心センターに連絡を入れる。 ○　家族と同居となり緊急時の対応が可能になった場合や入所または長期入院（退院の予定がない）の場合、「廃止届」を提出する。

緊急通報装置ご利用の皆様へ

１　緊急通報のしくみ

「非常ボタン」を押すと、２４時間体制で「（株）ヒューマン・ネットワーク　安心センター」につながります。

介護の有資格者が様子をお聞きして、緊急と判断した場合には協力員の方や消防局に連絡します。また、必要があると判断した時は訪問介護員の派遣を行います。健康の相談、試し押しなど、いつでもお気軽にご相談ください。

２　緊急通報装置の使用について

①ペンダントの使い方（使用は室内のみ）

トイレ、洗面所など緊急通報装置から離れた場所からもペンダントのボタンを押せば安心センターにつながります。室内ではペンダントは常にお持ちください。

②コンセントは抜かないで！

電源が切れると通報できません。コンセントは抜かないでください。

③屋内の装置の移動は有料です。必要なときにはご相談ください。

④装置に異常があった場合にはご連絡ください。直ちに修理いたします。

⑤装置を破損またはペンダントを紛失した場合には、装置代またはペンダント代をお支払いただきます。

３　月に１回安心センターよりお伺い電話で皆様の健康状態などをお聞きいたします。

４　登録事項に変更があった場合はご連絡ください

安心センターには、皆様が申請された内容が登録されており、それにより緊急時の対応をいたします。協力員や親族等の変更がありましたら、非常ボタンを押してご連絡ください。

５　緊急時の対応について

緊急時には協力員の方や消防士が住宅へ立ち入る場合がありますが、その際、窓や鍵を壊す場合があります。その際、破損したものの修理代等につきましては自己負担とさせていただきますので、あらかじめご了承ください。

６　利用料について

月額 383 円を安心センターへお支払いただきますが、原則として口座引き落としをさせていただきます。（株）ヒューマン・ネットワークから後日連絡があると思いますので、その際には手続きの方をよろしくお願いいたします。

【問合せ先】
- 各総合事務所　地域福祉課
- （株）ヒューマン・ネットワーク　安心センター　０９５－８２９―3666

事業名	徘徊高齢者等家族支援事業	
事業内容	認知症の要介護被保険者等が徘徊した場合に、当該要介護被保険者を介護する家族にその位置情報を提供し早期発見につなげる。また、認知症の要介護被保険者等が徘徊に起因する事故等を発生させ、その家族が損害賠償責任を負うことになった場合に補償される保険の保険料を負担する。	
利用対象要件	徘徊の見られる要介護被保険者を介護している家族、または、徘徊の見られる長崎市徘徊高齢者等ＳＯＳネットワーク事業の登録者等を介護している家族 ※被介護者（本人）は長崎市に居住地を有する者 ※申請者（家族）の居住地は市内外を問わない。家族以外の後見人による申請も可能。	
ｻｰﾋﾞｽ提供事業者	セコム株式会社 TEL 824-6622（長崎営業所）	ホームネット株式会社 TEL03－5285－4538
損害賠償責任保険の有無	保険なし	保険あり
利用料	○基本料金：月額1,320円（税込み） （令和3年度までに利用決定した方については、従来どおり月額550円） ○位置情報提供料金及び駆けつけサービス料金は別途加算される。詳細は次項資料参照 ○生活保護世帯及び非課税世帯は基本料金、位置情報提供料金の負担なし	○基本料金：月額3,300円（税込み） ○生活保護世帯及び非課税世帯は基本料金の負担なし ○基本料金以外の詳細は次項資料参照
申請添付書類	①　徘徊高齢者等家族支援事業・家族介護支援事業　申請書（記載例P.2930） ※申請書のタイトルの「徘徊高齢者等家族支援事業」を丸で囲んでください。 ②　要生活支援者台帳（写）・・徘徊の状況を詳細に記載する ③　利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画書（写） または、居宅サービス計画書（1・2・3）（写） ※サービス計画書のない方は、添付は不要です。 ④　申請者（家族）の課税証明書 ※申請者が市外の場合かつ、申請者と被介護者が税法上の扶養関係にあり生計同一（維持）とみなされる場合 ※継続申請時は①、②、④（申請者が市外の場合）を提出してください。 要生活支援者台帳に署名が必要ですが、プラン（署名あり）の提出をもって要生活支援者台帳提出の同意ありとみなします。	
特記事項	○事業利用決定後に事業者から利用者あてに送付される書類によりサービス開始手続きを行う。 ○事業利用決定後に事業者の変更や専用靴を希望する場合は、「変更届」を提出する。 ○サービス内容、登録手続き、機器、位置検索、利用等の詳細は次頁資料参照 ○利用期間について 毎年6月30日を利用期間終了とする。（市民税の新年度課税状況が判明する時期とし、その第1期の納期限には新年度課税状況が確定しているとみなすため。） ○利用の継続について 利用期間終了後も利用を継続する場合は、継続申請を行う。 継続申請は、利用期間終了の6月30日から起算して６開庁日（土、日、祝日を含まない）前までに継続申請をする。 継続申請をもって、長崎市が対象要件と利用料金の減免対象の確認を行う。 継続申請をしない場合は、廃止届の提出を行う。 ○利用料金の支払いについて 継続申請により、利用料金の減免対象となる者について、減免対象期間の全部又は一部の利用料金を既に支払っている場合は、長崎市より払い戻しを行う通知を送付する。 ○靴加工については、加工できる靴の条件がある。加工できる靴の条件はP.28のチェック項目の全ての項目に該当する靴。最終的な判断は実際に事業者が加工希望の靴の現物を確認して判断する。 靴加工を希望する場合は、P.28のチェック項目及び靴の情報を記入し、申請前に事業者（ホームネット株式会社）にFAXまたはメールで事前確認を行う。加工に係る期間は靴の発送から2週間程度。 また、加工のための靴の郵送費は利用者負担。 【加工ができない靴の例】 ①靴底の厚さが2cm以下の靴　②靴底の一番狭い部分の幅が5cm以下の靴 ③中敷きが取り外せない靴　④踵部分にエアーパックが入っている靴 ⑤ビジネスシューズのような踵のある靴　⑥ラバーソールの靴 ⑦底部が凹んでいる靴	

徘徊高齢者等家族支援サービスについて

「大切な家族がいなくなったらどうしよう」とご心配されていませんか？
そんなお困りの方向けのサービスがあります。

どんなサービス？

位置情報検索機器を使って、ご家族の
所在位置の確認及び早期発見につなげるサービスです。

【所在位置の確認方法】
- 専用ホームページ、アプリ
- コールセンター（※別途料金が発生する場合があります。）

利用対象となるのは？

次のいずれかを介護しているご家族
- 在宅で徘徊の見られる要介護被保険者
- 在宅で長崎市徘徊高齢者等ＳＯＳネットワーク登録者

位置情報提供に加え、選べる２つのサービス

駆けつけ付きサービス

頼れる緊急対処員が迅速に発見・安全確保！！

駆けつけサービス

要請すれば、緊急対処員が
現場へ急行します。
（高島、池島は対象外）
※別途、料金が必要です。

縦　84 ㎜
横　46 ㎜
厚さ　16 ㎜
重さ　67ｇ

専用アプリで移動を通知

専用アプリでエリアを設定
すると該当エリアの出入りの
通知でお知らせします。

保険付きサービス

専用靴で持ち歩きが簡単！保険でもしもの事故にも安心！！

損害賠償責任保険

徘徊時に事故等が発生し、
損害賠償責任を負う場合に
補償される保険です。
１事故あたり最大３億円

縦　47.5 ㎜
横　38.5 ㎜
厚さ　11.85 ㎜
重さ　25.5ｇ

機器を靴に
収納可能！

専用靴及び靴加工

機器を収納できる靴の購入も
可能です。また、お持ちの靴に
機器を収納できるよう加工も
可能です。靴加工は条件があり、
事業者が現物を見て判断します。

★詳しくは 各総合事務所 地域福祉課 へ★

サービスの比較

		駆けつけ付きサービス		保険付きサービス	
損害賠償保険の有無		保険なし		保険あり	
利用料	被介護者の課税状況	生活保護・非課税世帯	課税世帯	生活保護・非課税世帯	課税世帯
	初期費用	無料		無料	
	基本料金	無料	月額 1,320 円	無料	月額 3,300 円
	位置情報提供料金 （ホームページ、アプリ）	無料		無料	
	位置情報提供料金 （オペレーター）	無料	1 回につき 220 円	無料	
	駆けつけサービス料金	1 時間につき 11,000 円			
	保険料 （損害賠償責任保険）			無料	
	専用靴購入・靴加工料金			【初回料金】 専用靴：無料 靴加工：無料 【2 回目以降料金】 専用靴：8,580 円 靴加工：概ね 17,600 円	【初回料金】 専用靴：無料 靴加工：概ね 9,020 円 【2 回目以降料金】 専用靴：8,580 円 靴加工：概ね 17,600 円
事業者		セコム株式会社 095−824−6622（長崎営業所）		ホームネット株式会社 03−5285−4538	

※専用靴購入・靴加工料金について、【初回料金】を適用できるのは、専用靴購入か靴加工のどちらか一方のみとします。
（例：初回申請時に専用靴を購入し、利用途中で靴加工を行う場合 ⇒ 専用靴：初回料金、靴加工：2 回目以降料金）
※専用靴の返品や、靴加工のための靴の発送は、利用者負担となります。
※上記記載の料金以外の費用が発生した場合は、利用者負担となります。
※毎年課税状況を確認するため、継続申請が必要です。

【長崎市】 GPSシューズ靴加工のチェックについて

※最終的な判断は、現物を確認した加工業者がおこないます。
　靴の状態によっては、加工ができない場合がございますので、あらかじめご了承ください。

【利用者情報】　被介護者(対象者)の苗字(カナ) 〔　　〕

【チェック者情報】　所属／氏名　〔　　〕
　連絡先　〔　　〕

Ⅰ　次の1～7を確認し、□へチェックマークをご記入ください。

□　1. 靴底の厚さが2㎝以上ある

□　2. 靴底の一番狭い部分(ふまず部分)の幅が5㎝以上ある

□　3. 中敷き(インソール)が取り外せる

□　4. かかと部にエアーパック(例:ナイキエアー)が入っていない

□　5. ビジネスシューズではない

□　6. ラバーソールの靴(例:快歩主義)ではない

□　7. 靴底がへこんでいない

7つすべての項目に当てはまる☒　Ⅱへ

1つでも当てはまらない項目がある☒　靴加工はできません

Ⅱ　次の①～④をご記入ください。

①　商品名(メーカー)　〔　　〕

②　品番または型番　〔　　〕

※分からない場合は、写真(靴底の厚さが分かるよう真横、真後ろから撮ったもの)を提出してください。

③　サイズ　〔　　〕㎝

ご確認ありがとうございました。
各項目についてご記入後、**ホームネット株式会社へFAXまたはメールにて共有**をお願いいたします。

<お問い合わせ・共有先>　ホームネット株式会社　TEL:03-5285-4538
FAX:03-3380-5620
メール:hn-sales@homenet-24.co.jp

事業名	**家族介護支援事業 （介護用品の支給）**
事業内容	在宅で要介護被保険者を介護している家族の方々に、介護に必要な用品を支給する。
実施方法	利用対象者に対して、介護用品（紙おむつ、尿取りパット、使い捨て手袋、清拭剤、ドライシャンプー、おしりふき、ポータブルトイレ用消臭剤、防水シーツ）を支給する。支給限度額は、月額１人あたり５，０００円とする。ただし、支給月に１日以上在宅の場合に限る。
利用者対象要件	要介護4以上と判定された在宅の要介護被保険者（第2号被保険者を含む）であって、当年度市民税非課税世帯に属するものを現に介護している家族または要介護3と判定された在宅の要介護被保険者（第２号被保険者を含む）であって、要介護認定における認定調査票において、「排尿」または「排便」の項目において「全介助」、「一部介助」、「見守り等」に該当し、かつ当年度市民税非課税世帯に属するものを現に介護している家族
申請添付書類	①　徘徊高齢者等家族支援事業・家族介護支援事業利用申請書 ※　希望の品目に〇印をする。 ※　事業者名を「家族介護支援事業（介護用品の支給）指定事業者一覧」を参照して記入する。記入例は次頁参照。 ②　要生活支援者台帳　（写）・・家族介護及び介護用品の使用状況を記載する。 ③　居宅サービス計画書（１・２・３）（写） ※　サービス計画書のない方は、添付不要です。 ④　地域支援事業申請・届出結果提供依頼書（居宅介護支援事業者が手続を代行し、届出 の結果に係る情報提供を求める場合） ※　同書下部同意書内の「申請者氏名」は被介護者
特記事項	○　転居やサービス事業所及び支給品目を変更する場合、「地域支援事業変更・取消・廃止届」を提出する。 ○　申請者は介護をしている家族（同居・別居の制限無し）で、長崎市民の方です。 ○　申請時と受取日に被介護者が在宅にいることが原則です。入院中は利用申請はできません。 ○　介護保険施設･グループホームは在宅外であり､家族が介護していない為､対象外。 軽費老人ホーム（A型、ケアハウス）は、事務費の一部を助成等で福祉の代替をしているため対象外。有料老人ホームも老人福祉法で規定された施設につき対象外。 ○　利用期間の終期について 次のうち、いずれか早い日をもって、利用対象期間終了とする。 ①要介護度要件については、要介護度の認定期間の終期とする。 ②当年度市民税世帯非課税要件については、市民税の新年度課税状況が判明する時期とし、その第1期の納期限には新年度課税状況が確定しているとみなし、毎年６月３０日とするため、継続利用をする場合は、当該時期に継続申請が必要です。 ○　申請の期日について 申請月に決定し、その月の介護用品支給を受けるためには申請月の末日より６開庁日（土、日、祝日を含まない）までに申請をする。 ※申請書提出期限に間に合わない場合は、事前に連絡。 ※継続申請時、諸事情により申請ができない場合（認定が遅れている等）は、提出締切日（サービス終了翌月の末日より6開庁日［土・日・祝日を含まない］）までに暫定の居宅サービス計画書を添付のうえ、他の申請書類を併せて提出する。 （サービスの決定は、介護認定がおりてからになるため、居宅サービス計画書が出来次第、暫定の居宅サービス計画書と差し替える。） ○　入院やショートステイ利用の場合は、指定事業所へ連絡。 ○　認定区分変更時の変更申請について 認定区分変更申請を行い、介護認定が変更になった場合は、 変更届及び居宅サービス計画書をご提出が必要です。

第２号様式（第６条関係）

年　　月　　日

徘徊高齢者等家族支援事業・家族介護支援事業　申請書

（あて先）長崎市長

徘徊高齢者等家族支　　を利用したいので、次の

申請する事業を○で囲んでください

個人番号の記入がなくても受付出来ます

利用者（申請者）	ふりがな		被介護者との関係		
	氏名		住所	〒	電話
	個人番号				
被介護者	ふりがな		生年月日	年　月　日	
	氏名		住所		長崎市使用欄
	個人番号				
	要介護度		認定期間	年　月　日から　年　月　日まで	

世帯員氏名(被介護者・申請者)		長崎市使用欄
個人番号		
世帯員氏名(被介護者・申請者)		
個人番号		
世帯員氏名(被介護者・申請者)		
個人番号		
世帯員氏名(被介護者・申請者)		
個人番号		
世帯員氏名(被介護者・申請者)		
個人番号		

次の方の氏名を記入して下さい。
- **「被介護者」**
- **「被介護者」の同一世帯全員**
- **「利用者（申請者)」**
- **「利用者（申請者)」の同一世帯全員**

※「被介護者」と「利用者（申請者)」が同一世帯の場合は、世帯全員の氏名は複数回記載する必要はありません。

※太線の中の利用者、被介護者、世帯員全員について記入してください。申請者と被介護者の住所が違う場合は（被介護者・申請者）のどちらの世帯か○をつけてください。

請において、申請者が市外在住の場合は、住所地発行の課税証明書を添付

利用したいサービスの番号に○印をつけてください。

いサービスに○印を付してください。

1　介護用品の支給（支給品目：紙おむつ、尿取りパット、使い捨て手袋、清拭剤、ドライシャンプー、おしりふき、ポータブルトイレ用消臭剤、防水シーツ）
（事業者名：　　）

2　介護者慰労金支給事業
(1) 申請前６箇月の間に被介護者の入院した期間
(2) 申請前６箇月の間に被介護者の利用した介護保険
【　有　・　無　】
(3) 利用者（介護している者）の世帯の市民税課税
【　有　・　無　】
(4) 利用者（介護している者）名義の金融機関口座

金融機関名	支店名
口座番号	口座名義人（ﾌﾘ

利用したい品目に○印をつけてください。

3　徘徊高齢者等家族支援事業　（　新規　・　継続　）
「新規」の場合は、(1)、(2)も記載してください。
(1)希望する事業（　保険なし　・保険あり　）
(2)「保険あり」の靴の希望（　希望なし　・　専用靴
※課税状況が変わることに伴い、利用料金が変わる場合があり

希望する事業について、駆けつけ付きサービスの場合
→「保険なし」
保険付きサービスの場合
→「保険あり」
に○印をつけてください。

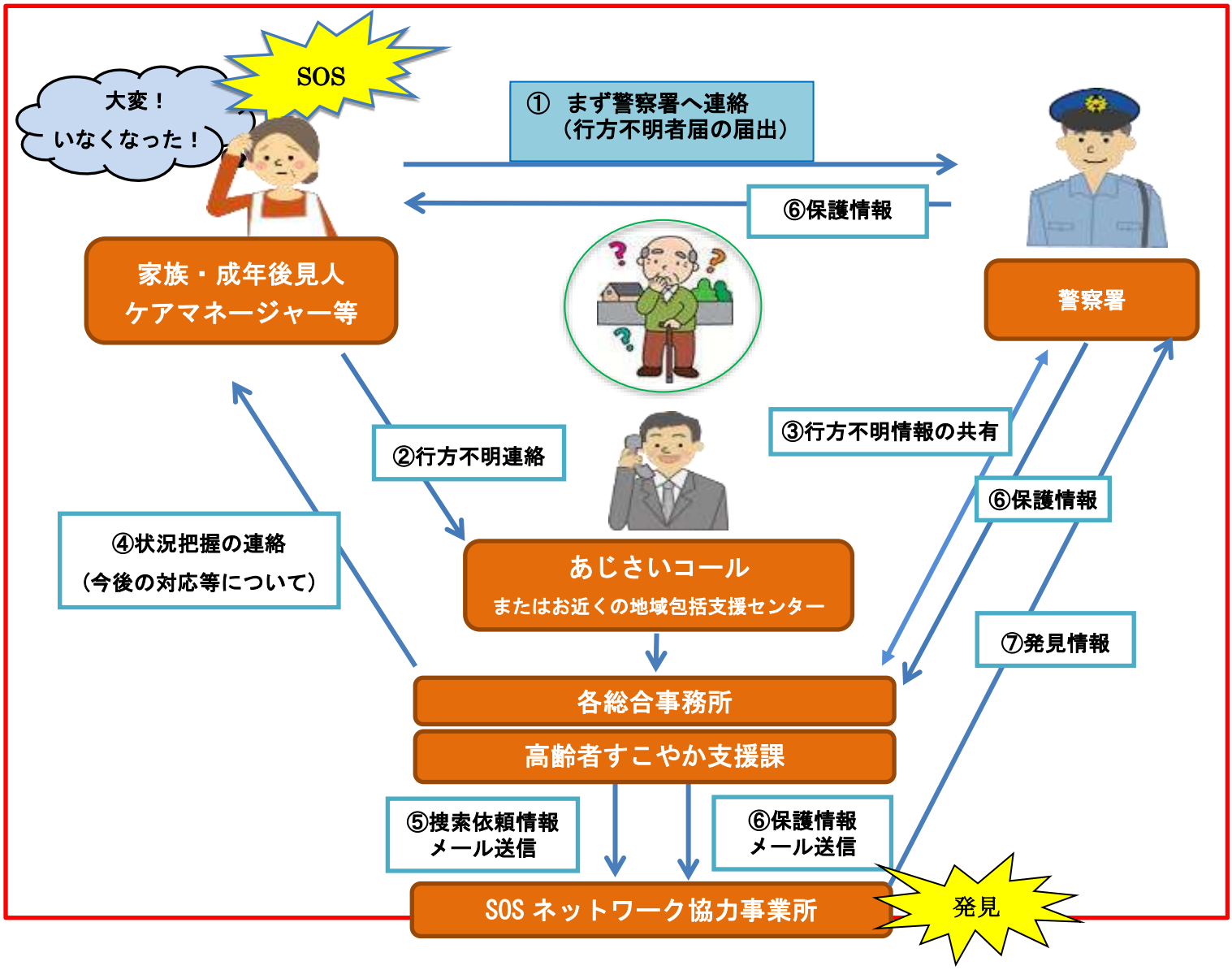
利用者（申請者））以外の方が記入した場合ご記入ください。
記入者氏名　　（利用者との関係：　　）　電話：

事業名	家族介護支援事業 （介護者慰労金支給事業）
事業内容	在宅で寝たきりの要介護被保険者を介護している者に対し、介護者慰労金を支給する。支給額は、年額１０万円とする。
利用者対象要件	要介護４以上と判定された市民税非課税世帯に属する在宅の要介護被保険者であって、過去６ヶ月間（入院期間を除く。）介護保険サービス（１ヶ月程度のショートステイの利用を除く。）を受けなかったものを現に介護している家族
申請添付書類	① 徘徊高齢者等家族支援事業・家族介護支援事業利用申請書 ② 要生活支援者台帳（写） ・・ 家族介護の実態を記入する ③ 利用者（介護している方）名義の慰労金振込口座の写し ※ 原則、地域包括支援センターが申請代行をする。
特記事項	○ 決定通知が届いてから、予め申請書に記入のあった利用者（介護しているもの）名義の金融機関口座に振り込まれる。 ○ 以前支給を受けた者の再度の申請については、「支給は同一年度で1回のみ」かつ『前回支給申請時に確認対象となった「サービス未利用期間」が今回と重複しないこと』の条件を満たすこと。

事業名	徘徊高齢者等ＳＯＳネットワーク事業
事業目的	認知症等により徘徊のおそれのある高齢者等が行方不明になった場合に、地域の支援を得て早期に発見できるよう関係機関の支援体制を構築し、徘徊高齢者等の安全の確保とそのご家族等への支援を行う。
事業内容	事前に登録された方が行方不明になられた場合、市内の地域包括支援センター・捜索に協力していただける協力事業所等に捜索依頼情報をメールで一斉送信し、可能な範囲で捜索に協力していただくことで、早期発見、早期保護につなげる。
利用者対象要件	長崎市在住の概ね６５歳以上の人で認知症等により行方不明になるおそれのある人 （ただし、若年性認知症などで行方不明になる可能性がある場合は６５歳未満でも可）
登録方法	登録申請書（本人、協力事業所どちらも）を長崎市へ提出。 様式は各総合事務所や長崎市高齢者すこやか支援課、地域包括支援センターにありますが，長崎市ホームページからダウンロードすることもできます。 登録の決定については、登録申請者へ登録決定通知書を送付します。 なお、登録内容に変更が生じた場合、及び登録を取り消す場合、登録変更・取下げ書の提出が必要です。
申請添付書類	◎　ご本人の登録（提出先：各総合事務所） ①　長崎市徘徊高齢者等ＳＯＳネットワーク事業登録申請書（第１号様式） ※個人情報提供の申請書であるため、申請者は基本本人・家族になってもらう。 ※市外在住の家族でも申請可能。 ※添付の写真については、捜索時に活用するため全身写真と顔写真を添付することが望ましい。 ②　要生活支援者台帳（写） ※ケアマネジャーからの提出の場合は必要。 ※ケアマネジャーがおらず家族申請の場合は不要。 ※「登録変更、取下げ（＝廃止）の場合」 長崎市徘徊高齢者等ＳＯＳネットワーク事業登録変更・取下げ届（第３号様式） 変更内容に応じて別途添付書類が必要（P.9参照） ◎　協力事業所の登録（提出先：長崎市高齢者すこやか支援課） 長崎市徘徊高齢者等ＳＯＳネットワーク事業協力事業所登録申請書兼個人情報に関する誓約書（第４号様式） ※登録変更、取下げの場合 長崎市徘徊高齢者等ＳＯＳネットワーク事業協力事業所登録変更・取下げ届（第６号様式）
特記事項	≪ご本人の登録を居宅介護支援事業所が申請する場合≫ 登録情報及び事業申請する旨を管轄の地域包括支援センターへ情報提供をお願いいたします。 ≪変更届・取下げ届の提出について≫ 変更届・取下げ届を提出される場合、届出者の欄には「長崎市徘徊高齢者等SOSネットワーク事業登録申請書」を提出していただいた時の申請者の情報を記載してください。※申請時の申請者情報が不明の場合、各総合事務所へお尋ねください。 ≪登録申請書の提出について≫ 原則ケアマネジャーからの提出としますが、ケアマネジャーがいない場合は家族提出も可。 ≪対象の協力事業所≫ 介護サービス・介護予防サービス指定事業者で地域を巡回する事業所 （居宅介護支援事業者、訪問介護、訪問看護ステーション、通所介護、通所リハビリ、福祉用具貸与、認知症対応型通所介護、移送支援サービス　等） ≪登録決定通知書に同封するチラシ類（一例）≫ ・徘徊高齢者等家族支援サービスについて

長崎市徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業

認知症は、誰にでも起こりうる脳の病気であり、起こる行動の１つとして『**徘徊**』があります。認知症高齢者が徘徊等で行方不明になった時に、一刻も早く発見・保護することができるよう、またご家族の負担を軽減するため、「**長崎市徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業**」を利用しませんか？



事前に登録された方が行方不明になられた際、市内の地域包括支援センター・捜索に協力していただける協力事業所等に捜索依頼情報をメールで一斉送信し、可能な範囲で捜索に協力していただくことで、早期発見・早期保護につなげます。

■ 申請書は、各総合事務所・市内の地域包括支援センター窓口にあります
■ 長崎市のホームページからもダウンロードできます

事前登録が必要です

本人・ご家族の皆様へ

対象者や手続きのご案内

対象者	長崎市内在住の概ね 65 歳以上の方で、認知症等により行方不明になる心配のある人（65 歳未満でも、若年性認知症などで同様の心配がある方も可）
申請者	本人、家族、成年後見人、ケアマネジャー（本人や家族の申請が不可能な場合）等
利用者負担	無料
登録方法	**長崎市徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業登録申請書（第 1 号様式）**に必要事項を記載し、お近くの総合事務所へ提出 （申請時、対象者の写真(希望者)が必要です） ※ 後日、登録決定（却下）通知書(第 2 号様式)が届きます
行方不明高齢者発生時	警察署へ連絡し、行方不明者届の手続きを行う

協力事業者の皆様へ

協力事業者の登録について

対象事業者	介護サービス・介護予防サービス指定事業者 （居宅介護支援事業者、訪問介護、訪問看護ステーション、通所介護、通所リハビリ、福祉用具貸与、認知症対応型通所介護、移送支援サービス　等地域を巡回する事業所）
登録方法	**長崎市徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業協力事業所登録申請書兼個人情報に関する誓約書（第 4 号様式）**に必要事項を記載し、長崎市高齢者すこやか支援課へ提出 ※ 後日、登録決定（却下）通知書(第 5 号様式)が届きます
行方不明高齢者発生時	①長崎市高齢者すこやか支援課からのメール内容をもとに、日常業務に支障の無い範囲で捜索活動に協力 ②行方不明高齢者を目撃・発見した際には、可能な範囲で身柄を保護すると共に、その情報を警察署へ連絡する
その他	行方不明高齢者発生時に限らず、日常の中で気になる高齢者を見かけたときには、声かけ、警察署への通報など高齢者見守りを行っていただきますようお願いいたします。

事業の問い合わせ・申込に関するご相談は

［ご本人の登録について］
中央総合事務所　TEL：829-1429
東総合事務所　TEL：813-9001
南総合事務所　TEL：892-1113
北総合事務所　TEL：814-3400

［協力事業者の登録について］
高齢者すこやか支援課
TEL:829-1146

（表面）

第１号様式（第５条関係）

長崎市徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業登録申請書

（あて先）長崎市長

長崎市徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業を利用したいので、次のとおり申請します。長崎市徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業利用にあたり、協力事業所に対し、登録情報及び所在不明時に聞き取りを行った情報内容を提供することに同意します。

【申請日】　　年　　月　　日

【申請者】住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（登録者との続柄：　　）

電話：　　－　　－

【情報提供項目】情報提供に同意する項目に☑をしてください。

☐氏名　☐性別　☐年齢　☐所在不明時の状況（日時・場所、特徴等）☐写真

【登録者情報】※太い枠線の中の情報は、必ず御記入ください。

ふりがな 氏　　名		生年月日	年　　月　　日
個人番号		性別・年齢	男　・　女　（　　歳）
住　　所	長崎市		
電話番号			
世帯構成	一人暮らし　・　高齢者世帯　・　子と同居　・　その他（　　）		
身　　長	ｃｍ	体　　型	肥・小肥・中肉・やせ
髪　　型		髪　　色	
自分の名前を	言える　・　言えない	自分の住所を	言える　・　言えない
その他特徴	メガネ、ほくろ、外傷跡、呼び名　等		
認知症の診断	無　・　有	徘 徊 歴	無・有（　　）
注意事項	保護時にしてほしいこと、対応に注意してほしいこと　等		
良く行く場所等			

かかりつけ医	医療機関名	（住所：　　電話：　　）	
	主治医名		
	疾 患 名		
介護保険関係	居宅介護支援事業所	（電話：　　）	利用サービス　等
	担当ケアマネ		

裏もあります

（裏面）

連 絡 先	①	氏名：　　（続柄　　） 住所：　　電話：
	②	氏名：　　（続柄　　） 住所：　　電話：

写　　真	写真を貼ってください。

1　申請事項の変更・変化（寝たきり・特徴・転居等）が生じた場合は、長崎市徘徊高齢者等ＳＯＳネットワーク事業登録変更・取下げ届（第３号様式）を提出してください。
2　申請内容は、ＳＯＳネットワーク以外の目的に使用することはありません。

第３号様式（第６条関係）

長崎市徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業登録変更・取下げ届

年　　月　　日

（あて先）長崎市長

届出者　　住　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
登録者との続柄：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電　話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

長崎市徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業登録について、次のとおり変更・取下げます。

登 録 者	氏　　名												
	個人番号												
	生年月日	年　　月　　日											
	年　　齢	歳											
	住　　所												
	電話番号												

【変更の場合】

変更内容	

【取下げの場合】

取下げの理由	□登録者が転出又は死亡したため （転出・死亡日：　　年　月　　日、転出先：　　） □登録者が施設・医療機関に入所・入院したため （施設・病院名：　　、入所・入院日：　　年　　月　　日） □その他 （　　）

第４号様式（第７条関係）

長崎市徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業協力事業所
登録申請書兼個人情報に関する誓約書

年　　月　　日

（あて先）長崎市長

協力事業所名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所 在 地：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

担当者※：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※この事業における個人情報管理責任者

長崎市徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業における協力事業所の登録について、次のとおり申請します。

事業所名			
電話番号		FAX 番号	
事業所の メールアドレス			

なお、個人情報の取り扱いについては、次のとおり誓約します。

個人情報に関する誓約書

1　この事業を通して得た情報については、長崎市徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業の目的（徘徊高齢者等の捜索協力）以外には使用しません。

2　この事業を通して得た情報については、取り扱いに十分注意します。

3　この事業を通して得た情報を不正に使用又は提供しません。

4　必要がなくなった情報については、責任をもって速やかに廃棄します。

第６号様式（第８条関係）

第　　号
年　　月　　日

長崎市徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業協力事業所
登録変更・取下げ届

（あて先）長崎市長

長崎市徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業協力事業所における登録内容について、次のとおり変更・取下げします。

事業所名	
住　　所	
代表者名	㊞

【変更の場合】

変更内容	

【取下げの場合】

取下げ理由	

長崎市徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業

ご家族様へ

登録の手続きは完了しました。

もしも、ご本人様が徘徊で行方不明になられたときには、親戚・友人・近所等の思い当たる所へ確認をし、それでも所在がわからない時は、**すみやかに警察署(110 番)へ連絡**をしてください。

夜間になると探しづらくなり、時間の経過と共に捜す時間も長くかかります。

また、警察署へ行方不明者届出を出されますと、長崎市高齢者すこやか支援課へ連絡が入り、協力事業所へ捜索を依頼するメールを送信し、早期発見・早期保護に努めます。

この事業の流れは次のとおりです。

①家族等が最寄りの警察署へ行方不明者届を届け出る。
②長崎市と警察署が行方不明情報を共有し、捜索活動に努める
③長崎市が、SOS ネットワーク協力事業所へ捜索依頼情報をメール送信
④SOS ネットワーク協力事業所による発見（発見情報については警察署へ連絡）
⑤警察署から、長崎市・家族等へ保護情報の連絡
⑥長崎市が、SOS ネットワーク協力事業所へ保護情報をメール送信
⑦長崎市が、家族・介護関係者へ連絡

≪警察署≫

緊急時は 110 番	**長崎署　822-0110**	**大浦署　829-0110**
	時津署　881-0110	**浦上署　842-0110**

徘徊は、ご家族だけで対応することはとても大変なことです。

いざというときのために、日頃からご近所の方や地域の方(民生委員さんや自治会長さんなど)に話をしておくことで、未然に危険を防いだり早期の保護にもつながります。

介護でお困りのことなどありましたら、一人で抱え込まずに担当のケアマネジャー、お住まいの担当の地域包括支援センターに、お気軽に御相談ください。

≪最寄りの長崎市地域包括支援センター≫

長崎市地域包括支援センター(担当地区)	**所在地**	**電話番号**
長崎市〇〇地域包括支援センター （〇〇中学校区）	**各包括の住所が記載されています。**	**〇〇〇―〇〇〇〇**

〇〇総合事務所　地域福祉課
長崎市〇町〇番〇号
電話：〇〇〇－〇〇〇〇

－裏面もあります－

他にも！サービスや事前にできることがあります

●　徘徊に備え事前にできること　●

普段出かける場所や行きそうな
場所などを把握し
よく行く店などには協力を得る

見守りシール
長崎　花子
連絡先 0×0-123-4567

名前・住所・連絡先を

書いた物を洋服に貼る・縫う

徘徊した時のために、

写真（最新）を撮っておく

厚生労働省H28年度介護ロボットを活用した介護技術開発支援モデル事業

GOOD DESIGN AWARD 2018

みんながつながって、見守り合える街を育てよう

特許技術活用で個人情報を保護！

みまもりあいプロジェクト

今すぐ無料アプリをダウンロード。詳しくはYoutube「みまもりあい」で検索！

みまもりあいプロジェクト

「誰かの大切なおじいちゃん、おばあちゃん」の捜索に手を貸していただける協力者を増やし、見守りあえる街を育てるプロジェクトです。特許技術により個人情報を第三者に託すことなく捜索依頼ができる仕組みが実現したことで、依頼者も協力者も安心してご利用いただけます。

ココがスゴイ！安心ポイント

① 家族が直接、その日の服装・持ち物や声かけのヒント等の捜索者情報を配信可能。
② 写真掲載が可能。当社団ステッカー記載IDとフリーダイヤル利用で本人の特定化を防ぎます。
③ 特許技術活用ステッカーにより、個人情報が保護された状態で直接依頼者と連絡がとれます！

探してほしい　捜索依頼

「おばあちゃんが見当たらない！」
専用アプリの捜索依頼ボタンを押すと、協力者に捜査協力依頼が配信されます。

「捜索者情報」配信

みまもりあい　今
500m以内の介護者から捜索協力依頼が発信されました

専用アプリから協力者に捜索依頼が届きます。協力ボタンを押すと配信された捜索依頼情報が閲覧できます。

もしかして…！　発見

発見したら、捜索者情報に表示されているフリーダイヤルに連絡してください。ID番号を入力すると直接依頼者に電話が繋がります。（その際、あなたの電話番号等の情報は依頼者には表示されません）

見つかりました　確認

無事保護を確認したら依頼者が「発見ボタン」を押します。
すべての配信先にお礼の通知が配信され**「捜索者情報」は自動消去されます。**

「発見」のお礼配信

みまもりあい　今
捜索協力依頼が出されていた80歳女性が見つかりました。ご協力ありがとうございました。

みまもりあいステッカー

ステッカー記載のIDとフリーダイヤル利用により、個人情報を保護した状態で発見者とご家族が直接繋がることができる、日本で唯一の特許技術活用ステッカーです。防犯機能として通話はすべて録音管理されます。

今すぐ無料アプリダウンロードと登録を！

❶ App Store や Googleplay などで「みまもりあい」と検索し、無料アプリをダウンロード。
❷ アプリを起動して、画面右下の「このアプリについて」をタップ、「利用者情報の確認・変更」内「メールアドレス」の欄にあなたのメールアドレスを入力。協力者登録の完了です。

App Store　Google Play

社団法人セーフティネットリンケージ　http://mimamoriai.net/　011-572-6865（平日9～18時）／ info@snl.jp

GOOD DESIGN AWARD 2018

厚生労働省H28年度介護ロボットを活用した介護技術開発支援モデル事業

みまもりあいステッカー

みまもりあいステッカーとは、個人情報を保護した状態で、
発見者からご家族に“直接”電話連絡が可能な、日本初の緊急連絡システムです。

電話番号非表示
24時間 365日稼働
防犯録音対応

SOS 緊急連絡転送ID 0123456789
0120-99-7937

初期費用：2000円
月額：300円×12か月
枚数：48枚入り

いろんな箇所に貼れる！縫える！サテン式ステッカー

サテン式シールですので、持ち物に貼ったり、水洗いする洋服などにも縫いつけることもできます。

YouTubeにて説明動画公開中▶「みまもりあい」で検索！

3つの機能

身元確認時

認知症患者、障がい者の一人歩きに不安がある方の身元確認として活用

緊急連絡時

体調急変（心疾患）等、万が一の時にご家族への緊急連絡として活用

紛失時

物忘れが気になる高齢者の落し物に対し、回収の可能性を高める

［落し物をした場合］発見から直接対話までの流れ

① 発見者の通報
紛失物を発見した第三者がステッカーに記載されたフリーダイヤルに電話。

② ID入力
ステッカーに記載されている所有者へのID番号10桁を入力。

③ 所有者へ転送電話
所有者が予め登録した電話番号に発見者からの電話が転送される。※

④ 直接対話
通報者と所有者が直接対話し、紛失物の確認を行う。

※転送先は2か所まで登録可能。1回線目がつながらない時は2回線目に自動転送。（特許技術活用）

〈携帯アプリとも連動〉

みまもりステッカーお申込み後、IDを取得いただくと
SOS依頼／捜索協力に参加できる携帯アプリ、
「みまもりあい」アプリに連動しています。
まずは「みまもりあい」で検索して無料ダウンロード。

アンドロイド　iphone

こころの目でみまもりあえる街を

みまもりあいプロジェクト

「誰かの大切なおじいちゃん、おばあちゃん」の
捜索に手を貸していただける協力者を増やし、
みまもりあえる街を育てるプロジェクトです。
特許技術により個人情報を第三者に託すことなく
捜索依頼ができる仕組みが実現したことで、
依頼者も協力者も安心してご利用いただけます。

3つのステッカーのお申込み方法

電話にて	0120-99-7940（自動音声受付365日24時間対応）
ウェブにて	「みまもりあい」で検索（http://mimamoriai.net/） サイト内の申込みフォームから申込みください。
FAXにて	下記欄にご記入いただきお送りください。

✂キリトリ線

社団法人セーフティネットリンケージ　行

みまもりステッカーFAX申込書　FAX申込先　011-572-9222　お申込日　年　月　日

登録代表者名	フリガナ			
	氏名			
登録代表者住所	住所	〒　－		
登録代表者連絡先	電話番号	－　－	メールアドレス	@

※ご記入いただいた個人情報は会員管理のためのみに使用いたします。他の目的で当社団が第三者や第三機関に個人情報を提供することはありません。

＜ご注意事項＞
- ご入会手続きのための書類、「みまもりステッカー」は、登録代表者様へ送付いたします。
- 会費は、ご登録される認知症の人1名ごとに入会金2,000円と年会費3,600円の合計5,600円が必要です。（2年目以降は3600円になります）
- 家族連絡ラインは発見連絡を迅速に行う手段であり、生命の安全を確実に保証するものではありません。
- 緊急連絡転送IDが記載されたステッカー48枚をご利用いただけます。（1つのIDを複数の方でご利用いただくことはできません）
- 入会登録申し込み後、事務局より送付する「みまもりステッカー」と同封の払込用紙にて、到着から2週間以内に会費をお支払いください。（初年度のみ入会金が必要です）
- 次年度以降の年会費はご入会からおよそ1年後（会員期間末日の60日前頃）にお送りする払込用紙にてお支払いいただきます。

同意欄 □　上記注意事項を守り、会員登録することに同意します（□にチェックを入れてください）

お問合せ　社団法人 セーフティネットリンケージ　〒005-0832　札幌市南区北ノ沢1-11-41
【TEL】011-572-6865 月～金 9:30～16:30（祝祭日、年末年始を除く）【FAX】011-572-9222 【URL】http://mimamoriai.net/

高齢者のご家族と地域の協力者をアプリでつなげます！

～“みまもりあいアプリ(無料)”と“みまもりあいステッカー(有料)”は高齢者を地域で見守るしくみです！～

みまもりあいプロジェクトとは…

スマートフォンの『みまもりあいアプリ』を利用して、捜索をして欲しいご家族と、捜索に手を貸したい協力者がつながり、なるべく早く発見・保護につなげるための見守り活動です。

さらに、『みまもりあいステッカー』を登録すると個人情報が守られた状態で、協力者(発見者)から“直接”電話連絡をもらうことができます。

まずは、アプリ登録！

みまもりあいアプリ（無料）をダウンロード

AppStore や Google play などで「みまもりあい」と検索または、右の二次元コードからダウンロードをおこないます。

インストールまたは入手をチェック

みまもりあいプロジェクトの目印です

〈Android の方〉　〈iPhone の方〉

長崎市では、“みまもりあいプロジェクト”を推進しています

このプロジェクトは社団法人セーフティネットリンケージが開発・提供しているものです

「みまもりあいステッカー(有料)」を登録！(希望者)
※ステッカーがなくても捜索の依頼は可能です。

認知症による行方不明対策はもちろん、外出時に体調急変や万が一の事故が心配な方への緊急連絡対策としてご活用いただけます。

（申込み方法）

①電話にて…0120-99-7940（自動音声受付 365 日 24 時間対応）

②ウェブにて…「みまもりあい」で検索（http://mimamoriai.net/）サイト内から

③ＦＡＸにて…別紙チラシ「みまもりあいステッカー」（裏面）に記入し送信

2.3×4.3㎝のオレンジ色のステッカー

※持ち物に貼ったり、服に縫い付けることができます

（利用料金）　初期費用 2000 円、年会費 3,600 円、ステッカー48 枚セット

捜索して欲しい方の情報を登録！

① アプリを開き、捜索依頼をクリック

② 「名前」「連絡先」「性別」「年齢」「顔写真」「特徴」を入力。
「連絡先」は、緊急時連絡先 ID（みまもりあいステッカーに表示）又は、電話番号を入力

③ 保存確認をクリック

捜索を依頼したい時は…

捜索依頼

アプリを開き、捜索依頼をクリック。不明時の状況を入力し、
捜索依頼をしたい範囲を指定して、捜索依頼ボタンを押す

↓

協力者へ捜索情報が配信されます

捜索・発見

発見した協力者が、アプリに表示された電話番号へ連絡すると、“直接”会話ができます。
「みまもりあいステッカー」登録者は２か所まで登録可能。

確　認

無事保護を確認したら、捜索依頼者が見つかりましたボタンを押します。

↓

「捜索配信情報」は自動消去されます。

お問合せ先　長崎市高齢者すこやか支援課　電話 095-829-1146

３　　長崎市在宅福祉推進事業

（１）　訪問理美容サービス事業

（２）　ふれあい訪問収集事業

（３）　日常生活用具給付事業

（４）　高齢者安心火災警報器給付事業

事業名	訪問理美容サービス事業
事業内容	理容店や美容院に出向くことが困難な方に対して、利用券を交付し、自宅までの出張サービスを行い、理美容サービスを提供する。
実施方法	老衰、心身の障害及び傷病等の理由により理容院や美容院に出向くことが困難な高齢者に対して、居宅で手軽にこれらのサービスを受けられるように、訪問理美容サービスを年６回を限度に実施する。 利用券の交付枚数は、申請決定月により変わる。 （４月～５月：６枚　６月～７月：５枚　８月～９月：４枚 10月～11月：３枚　12月～１月：２枚　2月～３月：1枚）
利用者対象要件	身体的及び住環境の要因により、一般の理美容サービスを利用することが困難な者
利用料	無　料 ※　理美容代の実費負担が別途必要
申請添付書類	①　長崎市在宅福祉推進事業利用申請書 ②　要生活支援者台帳(写）・・・身体状況、環境的なもの、また理美容店へ行けない理由などを記載する。 ③　利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画表（写）または　居宅サービス計画書（１・２・３）　（写） ※　ｻｰﾋﾞｽ計画書のない方は、添付は不要です。
利用方法	○　利用が決定したら、利用者に対して各総合事務所地域福祉課より当該事業の決定通知と利用券、指定店一覧が送付される。 ○　利用者は指定店一覧を見て、理美容店に連絡をとり、予約をする。 ＜利用する際の注意事項＞ ○　当該事業は、家族介護者又は、ヘルパーさんの在宅時に行われる。 ○　利用の際、身体の状態等を伝えなければならないことは、サービス実施前に理容店・美容店に確実に伝える。 ○　利用の際、利用券と理美容代が必要。
特記事項	○　申請のみで利用実績がない方がみうけられるため、 申請にあたっては利用方法まで含めた説明を行った上、利用支援も併せて行うこと。

事業名	ふれあい訪問収集事業
事業内容	斜面地・路地奥やエレベーターが設置されていない中高層住宅等にお住まいでゴミ出しが困難な高齢者に対し、ゴミの戸別収集と安否確認の声かけを行う。
実施方法	斜面地、路地奥及びエレベーターが設置されていない中高層住宅等に居住しておりゴミ出しが困難な者に、対して戸別収集と安否確認の声かけを実施する。 収集日にあらかじめ玄関の外に設置していただいたゴミ箱(蓋付き)から収集日に個別にゴミの回収と声かけを支援する。
利用者対象要件	独居及び高齢者のみの世帯等の要支援又は要介護認定を受けた者などで身体的及び住環境の要因により指定されたゴミステーションまで自力ではゴミ出しが常時困難な者 （※ただし、家族、隣人、訪問介護サービス等によるゴミ出し支援者がいる者は対象者としない。） 例） ・独居高齢者等で、車椅子・寝たきりなど外出が困難 ・日常的にヘルパー等の支援を受けており、ヘルパーでのゴミ出しの調整が困難 ・身体的精神的要因に加え、ステーションまでが遠い・危険性が高いなどの理由で支援が必要 注）独居でも市内近郊に親族が住んでいる場合は安否確認・支援可能と判断して対象とならない場合があります。親族が多忙などの理由でゴミ収集時間帯には訪問できない場合などは、その時間帯以外で支援は受けられないかどうか（例えば、週末等の親族訪問時などにゴミの持ち帰りなどができないか等）も含め調整をお願いします。
利用料	無料
申請添付書類	①　長崎市在宅福祉推進事業利用申請書 ②　要生活支援者台帳（写）‥これまでのゴミ出しの実態、身体的要因・環境的（距離・階段・交通量等）要因・支援者の状況等を記載する。 ③　利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画表（写）または居宅サービス計画書(１・２・３)（写） ※サービス計画書のない方は、添付不要。チェックリスト該当者のみ基本チェックリストの添付が必要。 ④　ふれあい訪問収集事業調査票(別紙参照）（新規時） （表面）　声かけの有無･同居人の有無・特記事項・調査時の立会い人の氏名・連絡先･状況確認先 ※可能なかぎり民生委員にも調査の立会いをお願いする。 （裏面）　見取り図・・ゴミ収集箱の位置。 ゼンリン等の貼付（利用者宅やゴミステーションの場所、ゴミステーションまでの距離や階段数等を記載する） ⑤　ふれあい訪問収集アセスメント票及び報告書（継続時・変更時） ⇒くわしくはP.7～13参照
利用方法	○　ふれあい訪問収集事業調査表に基づいて、環境センター指導員により、現地調査を実施。 ・・声かけ･状況確認先の確認、置き場所、収集曜日・時間、収集開始日の確認。 ○　ふれあい訪問収集事業の利用決定通知（ゴミ箱に添付するシール同封）が送付される。 ○　決定通知に同封されたゴミ箱用の貼付シールを、ゴミ箱に貼付する。
特記事項	○　ゴミ回収時間は、ふれあい訪問収集班の場合１日かけて訪問するため、地域の収集曜日時間とは異なる。訪問がない場合は、ふれあい訪問収集班（865-5310）に連絡する。 基本、班対応の場合は夕方３時頃までには訪問するため、もしゴミが残されたままの場合は当日の夕方３時以降または翌日に各総合事務所に連絡する。 ○　シールの紛失または破れた場合、再度送付するので連絡する。 ○　入院などの理由で休止する場合、速やかに電話で連絡する。 ＜連絡先：ふれあい訪問収集班（865-5310）、または各総合事務所＞ ○　決定からおおむね１年毎にアセスメントを行い、利用継続の必要性を検討し、継続申請を行う。 諸事情により継続申請が間に合わないなどの場合は、各総合事務所まで連絡を行う。 継続申請についてはP.9参照。 ○　市内間での転居やゴミ収集回数等の変更が必要な場合は変更届を提出すること。調査の上収集専門班と調整し、必要に応じて変更決定を行い、変更決定後の開始となる。 ○　家族と同居となり対応が可能になった場合や入所または長期入院(退院の予定がない)の場合、「廃止届」を提出する。 ○　高齢者夫婦世帯で利用する場合は、ご夫婦のうちどちらか状態がより良い方での申請とする。 ○　チェックリスト該当者（栄養、または口腔リスクのみの該当者を除く）についても、利用可能とする。 （長崎市ふれあい訪問収集事業実施要項　第２条第４項　その他前各号に掲げる者に準ずるものとして市長が適当と認めた者） ○　状況確認先は、日頃から本人の状況をよくわかっている県内の方にお願いする。 （県外の方はできる限り避ける） ○　入院中の利用申請は不可。 ○　状況確認先及び居宅介護支援事業所のみの変更の場合は、ふれあい訪問収集アセスメント票及び報告書と長崎市在宅福祉事業変更・取消・廃止届のみを提出。 ○　緊急時連絡先のみの変更の場合は、各総合事務所へ電話連絡を行う。

第２号様式（第５条関係）

（表面）

No.

ふれあい訪問収集事業調査票

調査依頼日　　年　　月　　日

１　申請日　　年　　月　　日

申請者	ふりがな 氏　名		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年　　月　　日
	住　所	長崎市			電話番号	－
特記事項	意思の伝達（　可・困難　）　同居人（　なし・あり　　） 声かけ（　要・不要　）					

２　現地調査立会人

申請者との関係	ふりがな 氏　名	電話番号	日中に電話連絡が可能な時間帯	備　　考
		－		
民生委員		－		

３　状況確認先（申請者の日常の状況を把握している者）

申請者との関係	ふりがな 氏　名	電話番号	備　　考
		－	

※記入しないでください

４　現地調査日　　年　　月　　日

収集担当	収集専門班・　　環境センター 委託業者（　　）		担当清掃指導員名	
収集ごみ・収集曜日	可　燃	・　曜日	収集開始日	年　月　日
	不　燃	曜日		
	資　源	曜日		
	ﾌﾟﾗｽﾁｯｸ	曜日		
	古　紙	曜日		
特記事項	シール（　要・不要　）			

５　返送日　　年　　月　　日

６　利用決定日　　年　　月　　日

（裏面）

見取り図（ごみ収集箱の位置を書いて下さい。）

ゼンリン等地図に利用者宅がわかるように書き込み、貼り付けてください。
（ゴミステーションの場所、ゴミステーションまでの距離や階段数等を記載する）

第２号様式（第５条関係）

（表面）

No.

ふれあい訪問収集事業調査票

※日付は記入しない　調査依頼日　　年　　月　　日

自宅と携帯等、連絡先があるものは全て記載してください

１　申請日　　年　　月　　日

申請者	ふりがな 氏　名		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年　月　日
	住　所	長崎市 （アパート名や部屋番号も明記）			電話番号	－
特記事項	意思の伝達（　可・困難　）　同居人（　なし・あり 声かけ（　要・不要　）					

基本的には　要　ですが、不要の場合は理由を明記してください。

立会人が居宅、ヘルパーの場合、所属名を記入ください。

２　現地調査立会人　【※必ず本人、同居家族以外を記入して下さい】

申請者との関係	ふりがな 氏　名	電話番号	日中に電話連絡が可能な時間帯	備　考
		－		
民生委員				

市役所の開庁時間で対応しています(土日祭日不可)

確実な立ち会いが難しい場合は、調査日指定をしても、対応できない場合もあることを明記してください。

３　状況確認先（申請者の日常の状況を把握している者）

状況確認先は、できる限り日頃から本人の状況を把握している県内の方にお願いする。（すぐに安否確認に行ける人）

申請者との関係	ふりがな 氏　名	電話番号	

声かけの返事がなく、ゴミが出ていない場合、担当の環境センターから安否確認の連絡があります。

※記入しないでください

４　現地調査日　　年　　月　　日

収集担当	収集専門班・　環境センター 委託業者（　　）		担当清掃指導員名	
収集ごみ・収集曜日	可　燃	・　曜日	収集開始日	年　月　日
	不　燃	曜日		
	資　源	曜日		
	ﾌﾟﾗｽﾁｯｸ	曜日		
	古　紙	曜日		
特記事項	シール（　要・不要　）			

５　返送日　　年　　月　　日

６　利用決定日　　年　　月　　日

（裏面）

見取り図（ごみ収集箱の位置を書いて下さい。）

個別収集を行う際の、ゴミ箱の配置図をご記入下さい。

ゼンリン等地図に利用者宅がわかるように書き込み、貼り付けてください。
（ゴミステーションの場所、ゴミステーションまでの距離や階段数等を記載する）

お住まいの自宅から、ゴミステーションまでの位置がわかる地図で、ステーションまでの通行ルートと環境（距離・階段数や坂道など環境等）を記してください。（できる限り、ゼンリン地図を貼付してください。）

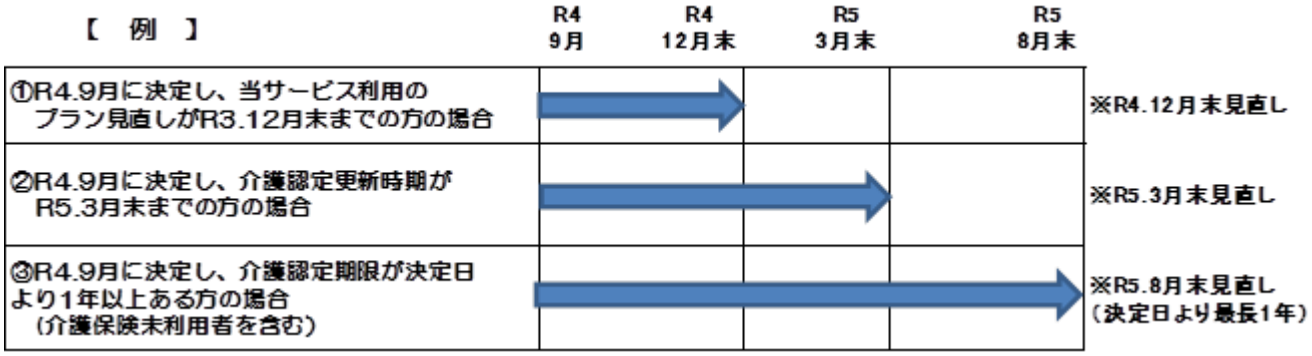
ふれあい訪問収集事業

継続申請のながれ

	収集専門班 （廃棄物対策課）	地域包括支援センター 居宅介護支援事業所等	各総合事務所
	〈新規申請〉 ふれあい訪問収集事業調査票	・申請書（新規） 〈添付書類〉 ・次ページ参照 実　施　依　頼	調査後の決　定
見直し月の月末より６開庁日 月末	〈継続申請〉 ふれあい訪問収集アセスメント票及び報告書	・申請書（継続） 〈添付書類〉 ・次ページ参照 継続実施依頼	見直し月の月末より６開庁日まで （土・日・祝日は含まない） 継続決定

※アセスメントやプラン見直しにより、ごみ出し支援が可能となった場合（家族と同居、ヘルパーで対応等）は速やかに廃止届を提出してください。

★見直し月：プランの見直し時期、介護認定更新時期または決定から１年後のいずれか早い時期になります。見直し月については、御利用者への決定通知書内に記載されます。



ふれあい訪問収集アセスメント票及び報告書

NO.		申請年月日	R　年　月　日
リンク番号 NO.		継続決定年月日	R　年　月　日

調査年月日	R　年　月　日	事業所名	
記入者氏名		事業所連絡先	－　－
利用者氏名		生年月日	M □ T □ S □　年　月　日（　歳）
住所	長崎市	電話番号	－　－
		携帯電話番号	－　－

声かけ	□ 要　□ 不要　（不要の場合の理由：　）
聴力	□ 普通　□ やや難聴　□ 難聴
本人による玄関先までのごみ排出	□ 可　□ 不可　（不可の場合の対応：　）

状況確認先	かな 氏名	住所	
	利用者との関係	電話番号	状況確認先が事業所の場合の事業所名
		－　－	

週間メニュー	日	月	火	水	木	金	土
午前							
午後							

特記事項	上記以外の事項について特に必要があれば御記入ください。

介護度		認定期間	R　年　月　日　～　R　年　月　日
サービス実施期間			R　年　月　日　～　R　年　月　日

世帯状況	□ 独居	□ 同居	同居者氏名		続柄		年齢	（　歳）	状況	
親族状況	氏名		続柄	年齢	（　歳）	住所			状況	
	氏名		続柄	年齢	（　歳）	住所			状況	

身体状況等	病名	
	寝たきり度	□ 自立　□ J1　□ J2　□ A1　□ A2　□ B1　□ B2　□ C1　□ C2
	認知症基準	□ 自立　□ Ⅰ　□ Ⅱa　□ Ⅱb　□ Ⅲa　□ Ⅲb　□ Ⅳ　□ M
	歩行	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助　（　）
	視力	□ 普通　□ 弱視　□ 全盲

生活状況			困難な場合の状況
	掃除	□ 自立　□ やや困難　□ 困難	□ 家族等の支援　□ 介護サービス等の支援　□ その他：（　）
	買い物	□ 自立　□ やや困難　□ 困難	□ 家族等の支援　□ 介護サービス等の支援　□ その他：（　）
	通院受診	□ 自立　□ やや困難　□ 困難	□ 家族等の支援　□ 介護サービス等の支援　□ その他：（　）

環境		
	ゴミステーションまでの環境	可燃・距離（　m）　坂 □ あり □ なし　階段（ □ あり　段・　□ なし）
		不燃・距離（　m）　坂 □ あり □ なし　階段（ □ あり　段・　□ なし）

介護サービス（訪問介護等）での対応の可否	□ 可　□ 否（否の理由　）
家族等での対応の可否	□ 可　□ 否（否の理由　）

記載要領

ふれあい訪問収集アセスメント票及び報告書

NO.		申請年月日	R　年　月　日
リンク番号 NO.		継続決定年月日	R　年　月　日

調査年月日	R　年　月　日	事業所名	
記入者氏名		事業所連絡先	－　－
利用者氏名		生年月日	M □ T □ S □　年　月　日（　歳）
住所	長崎市	電話番号	－　－
		携帯電話番号	－　－

声かけ	□ 要　□ 不要　（不要の場合の理由：　）
聴力	□ 普通　□ やや難聴　□ 難聴
本人による玄関先までのごみ排出	□ 可　□ 不可　（不可の場合の対応：　）

状況確認先	かな 氏名	住所	できるだけ市内在住の方を記載してください。
	利用者との関係	電話番号	－ －
		状況確認先が事業所の場合の事業所名	

週間メニュー	日	月	火	水	木	金	土
午前							
午後							

・収集日に「ふれあい訪問収集」と記載

特記事項	上記以外の事項について特に必要があれば御記入ください。 同居者の状況、生活状況の変化など

介護度		認定期間	R　年　月　日 ～ R　年　月　日
サービス実施期間			R　年　月　日 ～ R　年　月　日

世帯状況	□ 独居	□ 同居	同居者氏名		続柄		年齢	（　歳）	状況	
親族状況	氏名		続柄	年齢	（　歳）	住所			状況	
	氏名		続柄	年齢	（　歳）	住所			状況	

身体状況等	病名								
	寝たきり度	□ 自立	□ J1	□ J2	□ A1	□ A2	□ B1	□ B2	□ C1　□ C2
	認知症基準	□ 自立	□ Ⅰ	□ Ⅱa	☑ Ⅱb	□ Ⅲa	□ Ⅲb	□ Ⅳ	□ M
	歩行	□ 自立	□ 一部介助	□ 全介助	（　）				
	視力	□ 普通	□ 弱視	□ 全盲					

（　）内に歩行状態を記載
（例：杖歩行、ふらつきあり　など）

生活状況			困難な場合の状況
	掃除	□ 自立　□ やや困難　□ 困難	□ 家族等の支援　□ 介護サービス等の支援　□ その他：（　）
	買い物	□ 自立　□ やや困難　□ 困難	□ 家族等の支援　□ 介護サービス等の支援　☑ その他：（　）
	通院受診	□ 自立　□ やや困難　□ 困難	□ 家族等の支援　□ 介護サービス等の支援　□ その他：（　）

環境			
	ゴミステーションまでの環境	可燃・距離（　m）　坂 □ あり □ なし	階段（ □ あり　段・　□ なし）
		不燃・距離（　m）　坂 □ あり □ なし	階段（ □ あり　段・　□ なし）

介護サービス（訪問介護等）での対応の可否	□ 可　□ 否（否の理由　）
家族等での対応の可否	□ 可　□ 否（否の理由　）

ふれあい訪問収集事業概要

この事業は、長崎市の地形の特徴である斜面地や路地奥にお住まいで、身体的な理由等でごみだしが困難な高齢者、身体障害者手帳の交付を受けている者又は特定疾患医療受給者証の交付を受けている方に対し、ごみの戸別収集と安否確認の声かけを実施しています。

在宅の高齢者の方（独居または高齢者世帯等の要支援又は要介護認定を受けた方）で環境部が指定したごみステーションまでのごみ出しが常時困難な方は、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）、各総合事務所地域福祉課へご相談ください。住居の場所とごみステーションまでの位置関係、本人の身体状況、家族及びヘルパー等の支援状況等を調査いたします。その結果、サービスを申請された場合は、市環境部との連携により下記のような手順で実施いたしております。

① 高齢者からの相談･申請
② 各総合事務所地域福祉課よりふれあい訪問収集専門班へ調査書送付
③ 環境センター等に連絡、指導員による現場調査、民生委員へ調査立ち合い依頼
④ 声かけの有無・状況確認先・置き場所･種別・収集曜日・時間等の確認
⑤ 現場調査による確認事項を記入した調査書がふれあい訪問収集専門班へ返送される。
⑥ 環境部から各総合事務所地域福祉課に調査書が返送され、利用決定･却下の通知
⑦ ふれあい訪問収集専門班に連絡

※調査立会いについては可能な限り民生委員さんに立会いを依頼する。

※収集曜日にゴミが出されておらず、声かけに返事がない場合

専門班収集担当者・各環境センター清掃指導員が状況確認先に連絡します。状況確認先に連絡が取れない場合は各総合事務所地域福祉課に連絡があり、緊急連絡先・関係機関等へ連絡して安否確認を行います。

※外泊等による１回休止の場合

収集日の前日（収集日が月曜日の場合は前の週の金曜日）16 時 30 分までに（急な場合は当日の８時までに）収集を担当する環境センター（連絡先は裏面参照）又は委託業者に連絡ください。

※声かけ有無の変更の場合

【声かけ　要】の方がデイサービス等の曜日変更で[声かけ不要]になる場合は変更申請が必要です。

※入院等による一時休止･再開、死亡･転居･家族との同居等による廃止の場合

速やかに各総合事務所地域福祉課へ連絡ください。

環境センターの電話番号

中央環境センター	865-5371
東部環境センター	830-2137
ふれあい訪問収集専門班（中央環境センター内）	865-5310

新規申請用

お　知　ら　せ

ふれあい訪問収集事業ご利用者のみなさまへ

ふれあい訪問収集事業の決定通知と、ごみ箱等に貼るシール（**調査時に希望された方のみ**）を送付します。

また、ふれあい訪問収集事業では、家庭ごみの戸別収集と併せて、安否の確認をさせていただいており、緊急連絡先等や生活の御様子についての定期的な把握のため、おおむね１年毎に更新の申請を行っていただくこととなっております。

なお、申請の手続きは、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者のケアマネジャーの方などが行います。

※ こんなときはご連絡を。

○　入院や親類宅への滞在などで不在になるとき
○　ごみを出さないとき
○　留守から自宅へもどられたとき
○　午後３時までに収集にこなかったとき

連絡先：　○○総合事務所　地域福祉課　TEL○○○－○○○○
ふれあい収集班　　TEL○○○－○○○○
（収集班は7：45～16：30）

更新申請用

お　知　ら　せ

ふれあい訪問収集事業ご利用者のみなさまへ

ふれあい訪問収集事業では、家庭ごみの戸別収集と併せて、安否の確認をさせていただいており、緊急連絡先等や生活の御様子についての定期的な把握のため、おおむね１年毎に更新の申請を行っていただくこととなりました。

この度、更新の申請結果につきまして、別紙「結果通知書」のとおり送付させていただきます。

なお、申請の手続きは地域包括支援センター、居宅介護支援事業者のケアマネジャーの方などが行います。

※ こんなときはご連絡を。

○　入院や親類宅への滞在などで不在になるとき
○　ごみを出さないとき
○　留守から自宅へもどられたとき
○　午後３時までに収集にこなかったとき

連絡先：　○○総合事務所　地域福祉課　TEL○○○－○○○○
ふれあい収集班　TEL○○○－○○○○
（収集班は7:45～16:30）

事業名	日常生活用具給付事業
事業内容	一人暮らしの高齢者等に対し、電磁調理器・火災警報器・自動消火器を給付する。
利用者対象要件	心身機能の低下に伴い防火等の配慮が必要なひとり暮らし高齢者等で、その属する世帯の世帯主及びすべての世帯員が、市民税が課されていない者 例）　認知症により物忘れなどが目立ち始め、なべ焦がしなど火の不始末がある。 認知症によりタバコやろうそくなどによる防火の配慮が必要である。
申請添付書類	①　長崎市在宅福祉推進事業利用申請書（希望品目を選択する） ②　同意書・・・当年度世帯市民税台帳閲覧にかかる同意（63ページ） ※借家の場合は、家主による住宅改修における同意書も必要となります。（64ページ） ③　要生活支援者台帳・・・火の不始末の不安内容（鍋焦がし、ろうそく、たばこ等）や場所、どこで眠るのか寝室の場所、これまでの火の不始末の状況、心身の状況等について記載する。 ④　利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画書（写）　または　居宅サービス計画書（１・２・３）（写） ※　サービス計画書のない方は添付不要。 ※　利用対象者の状況に応じて、３種類（電磁調理器・自動消火器・火災警報機の器具を個々に申請、 また、1回で３品目の器具を申請することもできる。
利用方法	○　日常生活用具給付事業の利用が決定したら、市は利用者に決定通知を送付する。 ○　事業者は利用者に連絡の後、器具の設置に伺う。複数の品目を申請した場合、複数の事業者がそれぞれ設置に伺う。 ＊本人が対応できない場合、設置に立ち会う方の氏名・続柄関係・連絡先等を要生活支援台帳に記載する。
特記事項	○　電磁調理器・・機器単体での給付。なべの給付なし。 ※設置にあたり、一定の電力供給のため、電気工事が必要となる場合あり(工事費用は自己負担）。 また、現在ご使用のガスコンロに替えて、電磁調理器を設置する場合には、ガスコンロの撤去費が別途必要。（撤去費は自己負担） ○　火災警報機・・消防法及び火災予防条例に規定された場所（寝室）に煙感知式を１個、台所への設置が必要な場合、熱又または煙感知式を１個設置 ○　自動消火器・・壁取付式（居室用、台所用）を給付 ＊設置場所によっては、自己負担が生じる。 ＊自立しないタイプのため、設置場所によっては取り付け箇所に穴をあける必要がある。 ○　給付後の器具の管理等については利用者での対応となる。撤去費は自己負担。 ○　火災警報器の電池交換についても、利用者での対応となる。 ※電池交換の時期になるとセンサーが鳴る。 参考：耐用年数　火災警報器・・・・電池寿命　10年位 自動消火器・・・・キッチンエース　5年位 ※　耐用年数が過ぎた機器は交換が可能です。機器の交換を希望されている方は再度新規申請の手続きが必要です。なお、機器の交換に伴う費用は自己負担となります。 ○　申請から決定までに約2～3週間程日数を要します。 ○　[年度末頃の申請について] 年度内に設置が必要な場合は、1月下旬までに申請をお願いします。年度末や年度始めの申請は設置までに時間を要することがあります。1月下旬以降の申請は各総合事務所へ御相談ください。

年　　月　　日

同　　意　　書

下記事業の申請における決定にあたり、世帯全員の住民税の課税状況について長崎市長が確認することに同意します。

太線の中を記入してください。		長崎市使用欄
事　業　名	□日常生活用具給付事業 □高齢者安心火災警報器給付事業	
住　　所	長崎市	
利用者氏名	（印）	
個人番号		
世帯員氏名	（印）	
個人番号		
世帯員氏名	（印）	
個人番号		
世帯員氏名	（印）	
個人番号		
世帯員氏名	（印）	
個人番号		
世帯員氏名	（印）	
個人番号		
世帯員氏名	（印）	
個人番号		

※世帯全員の同意（記名・押印）が必要です。

長　崎　市　長　様

年　　月　　日

（あて先）長崎市長

申請者　住所

氏名（ふりがな）　　印

電話番号

次のとおり、賃貸人の同意を得ましたので、提出します。

ふりがな		明・大・昭　　年　　月　　日生		歳
対象者 氏　名		住所		
助成年度	年度	名称		
住宅の種別	□持家　□借家（□民間　□市営　□県営　□その他）□その他			

賃借人（申請者）の住宅改修を承諾いたします。

また、賃貸人と賃借人との間に問題が生じた場合、両者で誠意をもって解決することとし、長崎市に一切の責任を問いません。

年　　月　　日　賃貸人　住所

氏名　　印

日常生活用品

○電磁調理器

○自動消火器　※設置イメージ図あり

○火災報知器（煙式）
（寝室・居間・階段・台所など）

○火災報知器（熱式）※設置イメージ図あり
（調理の煙や湯気による誤報の発生が心配される台所など）

≪設置イメージ図≫

○自動消火器

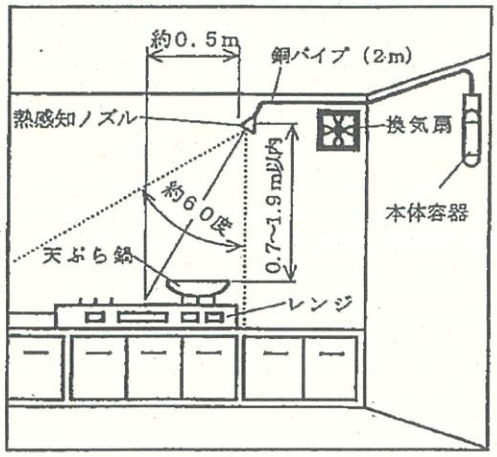


図1

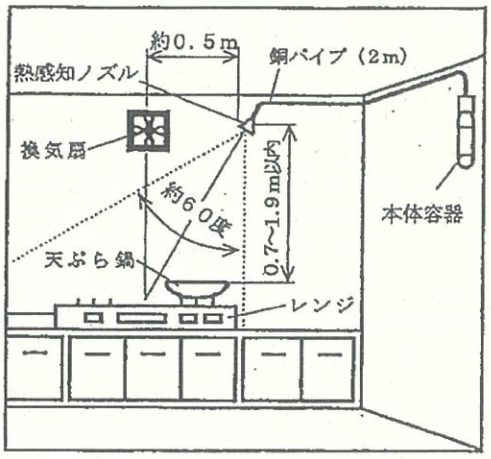


図2

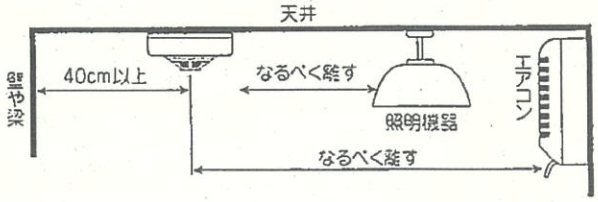
○火災報知器

■警報器のボタンが操作しやすい位置に取り付けてください。

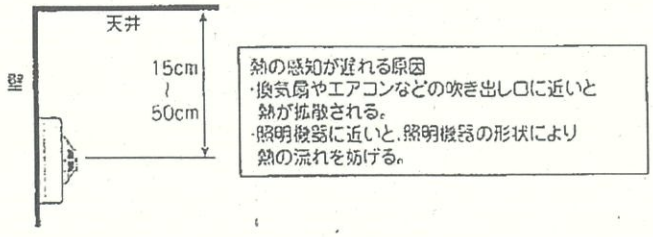
取り付けの際は、下記の事項に注意してください。熱の感知が遅れる原因になります。

◎天井面は壁や梁から40cm以上離す。

◎換気扇やエアコンなどの吹き出し口からなるべく離す。



◎壁面は天井面下15cmから50cmまでの範囲。



事業名	高齢者安心火災警報器給付事業
事業内容	火災発生時に、1人では屋外へ避難できない一人暮らしの高齢者等に対し、安心火災警報器を給付する。
利用者対象要件	心身機能の低下により、防火の配慮が必要なひとり暮らし高齢者等で、その属する世帯の世帯主及びすべての世帯員が、市民税が課されていない者。 例）　・寝たきり状態で、家族と同居しているが、日中は1人で過ごしているため、火災を外部に知らせたり、1人での屋外への避難ができない。 ・1人暮らしで、認知症があるため、火災が発生しても、認識できずに、屋外へ逃げることができない。
申請添付書類	①　長崎市在宅福祉推進事業利用申請書（品目：安心火災警報器品目を選択する） ②　同意書・・・当年度世帯市民税台帳閲覧にかかる同意（63ページ） ※借家の場合は、家主による住宅改修における同意書も必要となります。（64ページ） ③　要生活支援者台帳・・・火の不始末の不安内容（鍋焦がし、ろうそく、たばこ等）、日中過ごす部屋、どこで眠るのか寝室の場所、これまでの火の不始末の状況、心身の状況、家族状況、近隣者の協力等について記載する。 ④　利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画書（写）　または　居宅サービス計画書（1・2・3）（写） ※　サービス計画書のない方は添付不要。 ⑤　高齢者安心火災警報器設置確認票 （表面）同居人の有無・住宅の種類・確認時の立会人の氏名・連絡先・状況確認先 （裏面）見取り図（正面と上面から見た図）・・屋外警報ブザーの設置位置。 ゼンリン等の貼付（利用者宅近隣の状況と協力できる近隣者宅がわかるよう）
利用方法	○　高齢者安心火災警報器設置確認票に基づき、設置の前に、長崎市予防課(消防署)が、本人もしくは家族、介護支援専門員もしくは地域包括支援センター職員と現地確認を実施・・・設置箇所、協力できる近隣者の確認。 ○　現地確認の結果、高齢者安心火災警報器給付事業の対象者と判断したら、市は利用者に決定通知を、事業者に依頼書を送付する。 ○　事業者は利用者に連絡の後、器具の設置に伺う。
特記事項	○　この事業は給付のため、その後の管理等については利用者で対応をする。 ○　高齢者安心火災警報器は3台を上限とし、警報ブザーについては、屋外に設置をする。 ＊設置場所によっては、自己負担が生じる。 参考：耐用年数　　高齢者安心火災警報器　　電池寿命10年位 ○　申請から決定までに約1か月余り日数を要します。 ○　[年度末頃の申請について] 年度内に設置が必要な場合は、1月下旬までに申請をお願いします。年度末や年度初めの申請は設置までに時間を要すことがあります。1月下旬以降の申請は各総合事務所へ御相談ください。

（表面）

No.

高齢者安心火災警報器給付事業確認票

確認依頼日　　年　　月　　日

1　申請日　　年　　月　　日

申請者	ふりがな 氏　名		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年　　月　　日
	住　所	長崎市			電話番号	―
特記事項	同居人（　なし・あり　　） 住宅の種類（持家・借家　　）					

2　現地確認立会人

申請者との関係	ふりがな 氏　名	電話番号 （日中連絡可能な番号）	備　　考
		― 【希望時間帯】 （　　）	
ケアマネージャー ・ 包括支援センター		― 【希望時間帯】 （　　）	【事業所名】 【立会の有・無】 （　有　・　無　）

3　状況確認先（申請者の日常の状況を把握している者）

申請者との関係	ふりがな 氏　名	電話番号	備　　考
		―	

※記入しないでください

4　現地確認日　　年　　月　　日

担当者所属	消防署	氏　　名	
特記事項			

5　返送日　　年　　月　　日

6　利用決定日　　年　　月　　日

（裏面）

見取り図（屋外警報ブザー）の設置位置を書いて下さい。）

正面から見た図

上面から見た図

ゼンリン等地図に利用者宅がわかるように書き込み、貼り付けてください。

※立会い調査の際、消防署が、協力依頼が可能な近隣宅へ説明に行きますので、ゼンリン等地図に○を付ける等、印をお願いします。

高齢者安心火災警報器用品

○けむり当番・ねつ当番ワイヤレス
連動型用移報接点アダプタ（屋内に設置）

○警報ランプ付ブザー（屋外に設置）

○けむり当番　（室内に設置）

住宅用火災警報器と連動して火災発生を戸外にお知らせします。

４　　長崎市移送支援サービス

事業名	長崎市移送支援サービス事業
事業内容	斜面地等に居住する高齢者等に対して移送支援サービスを行い、もって高齢者等の日常的な社会参加の支援を図る。
実施方法	斜面地等に居住する高齢者等が外出をするときに、居宅から自力で移動が可能な場所までの間の移送を行う。
利用対象者要件	自宅から車道まで階段があるか、路地裏に居住がある方の中で、以下の本要綱「障害者等」の④に該当し、介護保険認定（要支援若しくは要介護）の無い者 ①身体障害者福祉法に規定する身体障害者手帳の交付を受けた者。 ②生活保護法に規定する介護扶助を受けている者のうち、４０歳から６５歳未満の者 ③特定医療費（指定難病）受給者証の交付を受けた者 ④６５歳以上の事業対象者（ただし、基本チェックリスト№6～10に該当する者） ※ ①③は障害福祉課へ、②は各総合事務所生活福祉課へ申請方法等直接お尋ね下さい。
利用回数 利用料	○　１６回／月まで（片道３０分未満で事業者１人であれば８回の往復） ※１６回／月まで(週３回の通院を要する透析患者に限定し、24回／月まで)記録できる利用者証を交付する。 ○　１００円／１回（片道１人１回３０分未満を１枚の単位とし、３０分増すごとに１回を加算する。）
申請添付書類	①　移送支援サービス利用者証交付（更新）申請書 ※ 長崎市のホームページ HOME＞メニュー＞健康・福祉＞障害者支援＞障害福祉サービス＞その他のサービス＞移送支援サービスよりダウンロードください。 ②　移送経路のわかる地図 ③　要生活支援者台帳・・・移送支援が必要な身体状況・外出等の目的・介助者の支援の状況及び移送する距離や階段等の具体的な環境を記載する。 ④　利用者基本情報・介護予防サービス・支援計画書 ※サービス計画書のない方は、添付不要です。
交付内容 有効期限	○　利用者証の有効期限は当該年度の３月末日
利用方法	○　長崎市移送支援サービス利用者証の交付を受けた後、事前に別紙の登録事業に予約をする。 ○　利用に際しては、事業者に利用者証を提示し、サービス利用１回につき、利用者証裏面に設けた日付記入欄にサービスを利用した日付を事業者に記入してもらったのち、１００円（利用券一枚につき）を事業者に支払う。（複数派遣の場合は、人数分×1単位）
更新 返還	＜更新＞利用者証の当該年度の３月以降に更新申請書を提出し、利用者証の更新を受けることができる。 ＜返還＞対象要件に該当しなくなった場合等は「移送支援サービス利用者証等返還届」により届け出て、利用者証を返還する。（入院・転居等サービスの利用がなくなったとき、介護保険の認定等で、本要綱「障害者等」でなくなったとき）
特記事項	要介護認定申請中の方は除く。事業対象者で利用していた者が要介護認定申請する際は、「移送支援サービス利用者証等返還届」の上、介護保険課の本事業の利用申請をして下さい。

第４号様式（第５条関係）

移送支援サービス利用者証等返還届

年　　月　　日

（あて先）長崎市長

次のとおり利用者証及び利用券を添えて届け出ます。

<table>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>個　人　番　号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">届出をする理由（該当する番号に○）</td><td>1</td><td colspan="3">移送支援サービスを希望しなくなったため</td></tr>
<tr><td>2</td><td colspan="3">斜面地等に居住しなくなったため</td></tr>
<tr><td>3</td><td colspan="3">障害者等でなくなったため</td></tr>
<tr><td>4</td><td colspan="3">市外に転居したため</td></tr>
</table>

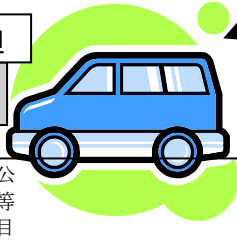
斜面地等移送支援サービス

*「斜面地等にお住まいの方」とは、単に斜面地域のみではなく、車の横付けができない路地奥や、エレベーター等の設備が無い高層住宅にお住まいの方を含みます。

階段や坂道の歩行を手を引いたり、おんぶしてお手伝いします。
ヘルパーの資格も持ってるんですよ。

ヘルパーさんの資格があるんですか。安心ですね。

利用者負担



タクシーや公共交通機関等を利用して目的地へ移動します。

・福祉施設の利用
・病院等への通院
・市役所、郵便局などへの生活支援

片道 30 分　利用者負担額　100 円

斜面地等移送支援サービス事業者

・長崎市が指定した事業者（従事者は***３級ヘルパー以上の資格***が必要）です。

・タクシー事業者
・ボランティア団体
・指定訪問介護事業者　ｅｔｃ.

料金システム

○　給付（委託）費の対象

自宅から公共交通機関等までに要する時間及び公共交通機関の利用後自宅に戻るまでに要する時間が斜面地等移送支援サービスの対象時間になります。
目的地で、身体介護が必要な場合は、別途訪問介護事業者による身体介護を利用していただきます。
バス、電車、タクシー等公共交通機関等の利用は、全額利用者負担となります。（別途、交通費助成制度あり）

（移送支援サービスの費用）

３０分未満	２，０００円	⇒	利用者負担額	１００円
３０分以上１時間未満	４，０００円	⇒	〃	２００円

斜面地等移送支援サービス

美しい景観を誇る坂のまち長崎。でも、ここで暮らす私たちにとっては、いいことばかりではありません。特に、体が不自由な方にとっては、移動に伴う負担が大変なものとなっています。

そのようなみなさんも、この異国情緒にあふれる坂のまち長崎で、自由に外出できるよう、斜面地等移送支援サービスをどうぞご利用ください。

斜面地等にお住まいの方の移送を支援します。

・身体障害者手帳の交付を受け、一人で歩行が困難（見守りが必要）な方。

次のような場所にお住まいの方を支援します。

・おおむね２０段以上の階段がある場所にお住まいの方。
・おおむね１００メートル以上の距離があり、かつ、乗用車等が通行できない道路周辺にお住まいの方。
・エレベーターのない中高層建物の２階以上にお住まいの方。

こんな時、移送支援サービスをご利用ください。

・福祉施設（通所サービス、短期入所サービス等）の利用のため。
・病院等（診療所、歯科医院、整骨院、鍼灸等）への通院等のため。
・生活支援（買物、美容院、市役所、郵便局、銀行、墓参り、冠婚葬祭等）のため。

利用する方の負担は、料金の５％です。

・移送支援サービス料金は、片道３０分　２，０００円、往復１時間　４，０００円を限度とします。このうち、利用者の負担は、３０分利用の場合、５％の１００円、往復利用の場合は２００円となります。利用時に利用券に添えて介助員にお支払いください。
ただし、タクシー料金等の運送料は、**実費負担**となります。
・利用回数は、１日あたり４回（１回あたり往復１時間が限度）、１ヶ月に１６回が限度となります。（週３回の通院を要する透析患者については、２４回が限度）

こんな場合は？？？

・衣服の着脱等、身支度から通院等のための歩行介助まで、一連のサービスが必要な場合は、訪問介護（ホームヘルプサービス）をご利用ください。ただし、利用料は異なります。

５　障害者・特別障害者控除対象者認定概要

障害者・特別障害者控除対象者認定概要

要介護認定で要介護の認定を受けた満６５歳以上で身体や精神に障害があり、障害者に準ずるとみなされたかたは、身体障害者手帳等をお持ちでない場合であっても、所得税や市・県民税の控除を受けられる場合があります。審査の結果、障害者・特別障害者に準ずる方には「障害者・特別障害者控除対象者認定書（以下認定書）」を発行いたしております。

① 高齢者等からの相談
② 「申請書」を記入し申請
（提出先：各地域センター）※郵送受付け可
③ 障害者・特別障害者の認定
④ 認定者へ認定書の発行

※ 認定書について・・・
認定書をもって税控除の申告をすることにより所得税及び市・県民税が減額又は非課税となる場合があります。

※ 税控除の申告先及び申告時期・・・
所得税については長崎税務署へ、市・県民税については長崎市役所市民税課へ申告します。障害認定は認定を受けられた年からの適用となります。税控除の申告時期は認定を受けられた年の年末調整時かその年度の確定申告時となります。

※ 認定書は障害事由の変更等が生じるまで利用できますので大切に保管していただくようお願いしています。（紛失、汚損した場合は再発行できます。）
なお、障害事由の変更（障害者に準ずる状態から特別障害者に準ずる状態への変更など）が生じた場合は再度申請する必要があります。

詳細につきましては、高齢者すこやか支援課（TEL：829-1146）までおたずねください。

６　安否確認機能をもつ地域支援事業・在宅福祉推進事業

安否確認機能を持つ地域支援事業・在宅福祉推進事業について

①緊急時訪問介護事業、②ふれあい訪問収集事業、③配食サービス事業は安否確認機能を持つ事業です。なお、①②については事業の申請時に、民生委員の方に対し、対象者が事業を利用する旨をお伝えし、つぎのような対応をお願いします。

① 緊急時訪問介護事業については民生委員の方にも**可能な限り**協力員として登録していただいております。協力員の登録は自署となっていますので、申請しようとする方の地区の民生委員が分からない場合は、各総合事務所までご相談ください。
協力員の変更の場合は変更届が必要になります。

② ふれあい訪問収集事業は**可能な限り**民生委員の方に立会い等の段階から協力をお願いしてください。現地調査立会人については、高齢者夫婦であっても同居の家族以外の方をお願いします。
連絡なしで声かけの返事がなく、ゴミが出されていない場合、ふれあい訪問収集専門班や担当の環境センターから状況確認先や緊急連絡先、地区の民生委員に状況確認の連絡があります。
また、この事業については、独居であっても近所に親族が居住している場合は、安否確認・支援可能と判断して対象とならない場合がありますのでご確認ください。

※安否確認事業で緊急連絡先や状況確認先が変更になる場合は各総合事務所まで連絡ください。

避難行動要支援者について

長崎市では、在宅の高齢者・障害者・難病者・妊産婦・乳幼児のうち、災害が発生した際に、指定の避難所まで自力での避難が困難な方を避難行動要支援者として名簿を作成しています。同意を得た方については支援体制の整備（地域への避難支援の依頼など）を行っています。

避難行動要支援者の対象者範囲

区　分	範　　囲
高齢者	在宅で、要介護１以上の方で自力で避難する事が困難な方 その他、介護が必要な者で災害時の支援が必要と認められる高齢者
障害者	在宅で、次の手帳等を有する方 　身体障害者手帳１級または２級 　療育手帳Ａ１またはＡ２ 　精神障害者保健福祉手帳１級 その他、災害時の支援が必要と認められる障害者
難病者	「難病の患者に対する医療等に関する法律」に規定される指定難病に該当する方で（高齢者・障害者に登録されている方を除く）、自力で避難することが困難な方、その他、災害時の支援が必要と認められる方
妊産婦・乳幼児	避難所まで保護者等とともに自力で避難が困難な乳幼児や長期療養児 （障害福祉課の避難行動要支援者に登録された方を除く） 避難所まで自力で避難が困難な妊産婦

安心カードの配布について

安心カードは、緊急時の連絡先や健康に関わる情報を記入したカードを専用の容器に入れ、冷蔵庫に保管し、救急搬送時等、緊急な場合に備えるものです。

（配布対象）・６５才以上の一人暮らしの方
　　・避難行動要支援者

地域センター・各総合事務所または地域包括支援センターの窓口で配布しております。

詳細につきましては高齢者すこやか支援課（TEL：８２９－１１４６）までおたずねください。

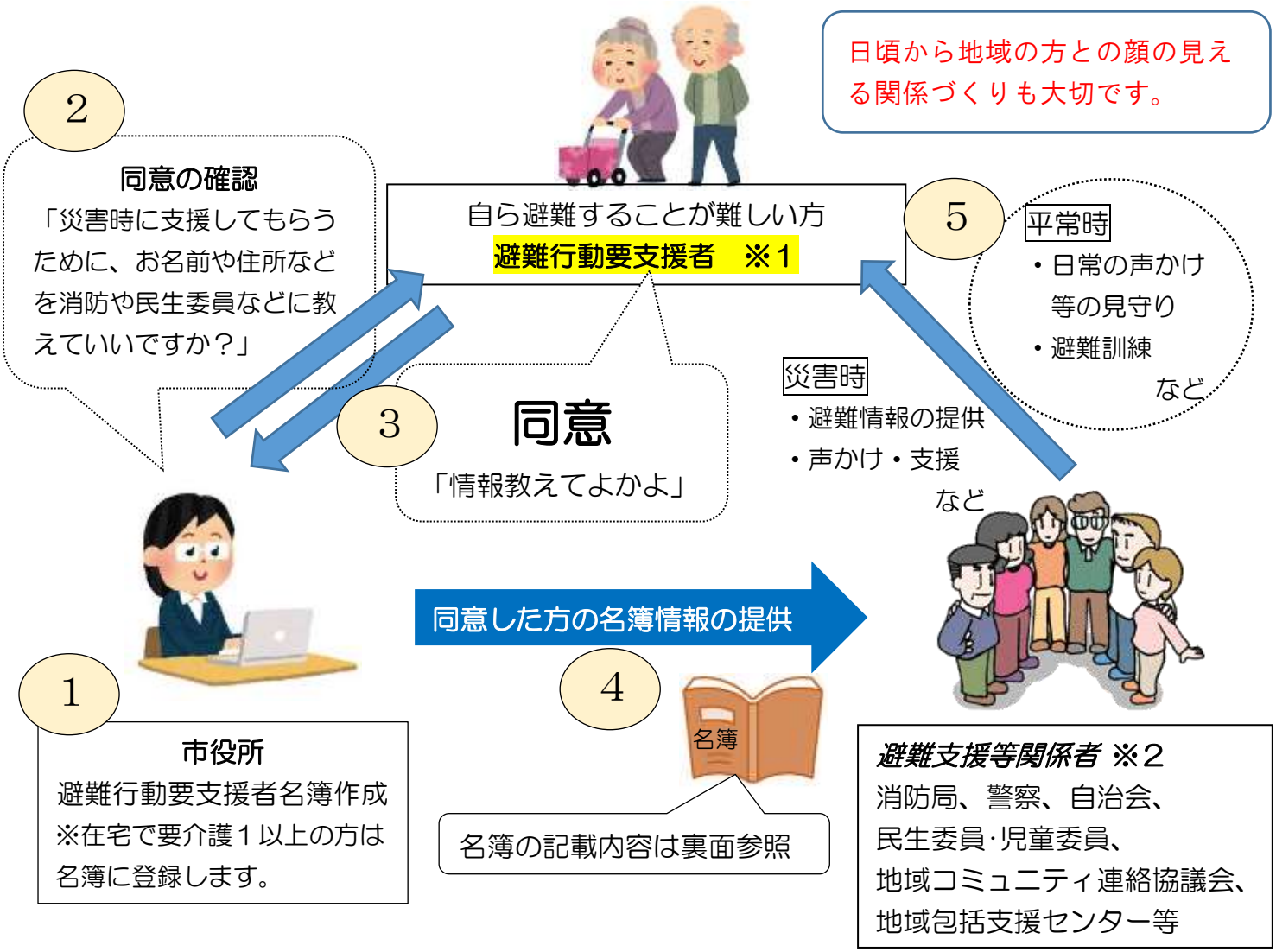
災害から身を守るために

～ 避難行動要支援者名簿について ～

長崎市では、災害時のいざという時の避難支援体制をつくるため、「**避難行動要支援者 ※1**」の名簿を作り、「***避難支援等関係者*** ※2」（消防・警察・民生委員児童委員など）へ、同意をいただいた方のお名前や住所などの情報を提供しています。（これは、災害対策基本法により市町村に義務付けられているものです。）

（※１）避難行動要支援者＝自ら避難することが難しい方
（※２）避難支援等関係者＝消防機関、警察機関、自治会、民生委員・児童委員、地域コミュニティ連絡協議会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所 等

■ 自ら避難することが困難な方への支援イメージ



★***避難支援等関係者*** ※２へ情報を提供するには皆様の **同意** が必要です！

裏面もご覧ください。

裏面

1　名簿の対象となる方は？

災害時に避難所まで自力で避難することが難しい方。
具体的には、長崎市では、次のいずれかに該当する方。

① 要介護１以上の方　［①所管課：高齢者すこやか支援課］
② 身体障害者手帳１級または２級、療育手帳Ａ１またはＡ２
　精神障害者保健福祉手帳１級　［②所管課：障害福祉課］
③ 特定医療費（指定難病）受給者　［③所管課：健康づくり課］
④ 乳幼児・妊産婦　［④所管課：子育てサポート課］
　など

2　名簿の内容は？

市が管理する住民基本台帳や同意された情報をもとに作成します。

［名簿に記載する項目］
① 氏名　②生年月日　③年齢　④性別　⑤住所　⑥電話番号
⑦ 緊急連絡先　⑧避難支援等を必要とする事由（要介護度、障害者、難病など）
⑨介護度等　⑩世帯状況（同居、独居、高齢者世帯など）
⑪避難行動要支援者名簿の情報提供同意の有無
⑫個別避難計画作成者名簿の情報提供同意の有無
⑬避難支援者の有無

名簿イメージ

避難行動要支援者名簿

氏名	生年月日		住所	電話番号	緊急連絡先（氏名：続柄）	障害・要介護・難病・療育の種類	介護度・障害等級等	同居・独居	同意避難行動	同意個別避難	支援者	備考
	年齢	性別										
テスト　次郎	SO.O.O 75	男	桜町6-3	822-8888	829-1146 （△△△：息子）	要介護	要介護2	独居	有	（未）	無	
テスト　花子	SO.O.O 83	女	魚の町2	829-1234	829-5555 （□□：長男）	要介護	要介護4	同居	有	有	有	

※平常時に避難支援等関係者に提供する名簿は、同意された方のみとなります。

ただし、災害発生時または発生のおそれがある場合は、命を守ることを最優先とし、

不同意の方の名簿も関係機関へ緊急に情報提供することがあります。

※必ずしも災害時の支援が約束されるものではありません。

※同意の意思について、変更の申し出がない限り自動継続されます。

※ 個別避難計画作成者名簿にある方は、同様の内容を「安心カード（急変時・災害時対応版）」として、ご自宅の冷蔵庫に保管しています。

質問票

提出用①

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢＿＿＿＿＿＿

自治会名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（自治会未加入でも分かればご記入ください）

●問1　現在の世帯状況を選択してください。

□同居　　□独居　　□高齢者のみ世帯

●問2　現在の居住地はどちらになりますか。

□　施設入所　・　長期入院している（今後、在宅生活の予定がない）

（入所・入院先　名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

⇒　こちらを選んだ方は質問はこれで終わりです。
※ 別紙「同意確認票」（提出用②）の提出はいりません。

□　在宅で生活している

⇒　次の問3、問4、問5について、記入できる範囲で回答してください。
また、別紙「同意確認票」（提出用②）についてもご記入ください。

●問3　避難が必要となった時に支援してくださるかたがいますか。
「いる」場合は、支援者についてご記入ください。

□　いる　　□　いない

支援者の氏名	続柄	住　　所	電話番号

●問4　緊急時の連絡先についてご記入ください。

氏　　名	続柄	住　　所	電話番号

●問5　災害時に備えて避難場所を決めていますか。
「決めている」場合は、避難場所を選択してください。

□　決めている　　□　決めていない

避難場所
□子ども宅　□兄弟・親戚宅　□最寄りの指定避難所　□ホテル・旅館 □ショートステイ利用　□その他（　　）

別紙「同意確認票」（提出用②）もご記入ください。

提出用②

同意確認票

長崎市長　様

私は、災害が発生した場合、自力での避難ができないため、事前に名簿情報を避難支援等関係者へ提供することに

□　同意します　　□　同意しません

※どちらかにチェックしてください

フリガナ		生年月日
氏　名		大　・　昭 年　月　日
電話番号 ※昼間連絡がとれる番号		
住　所	長崎市	

同意される方は、こちらもご記入ください。

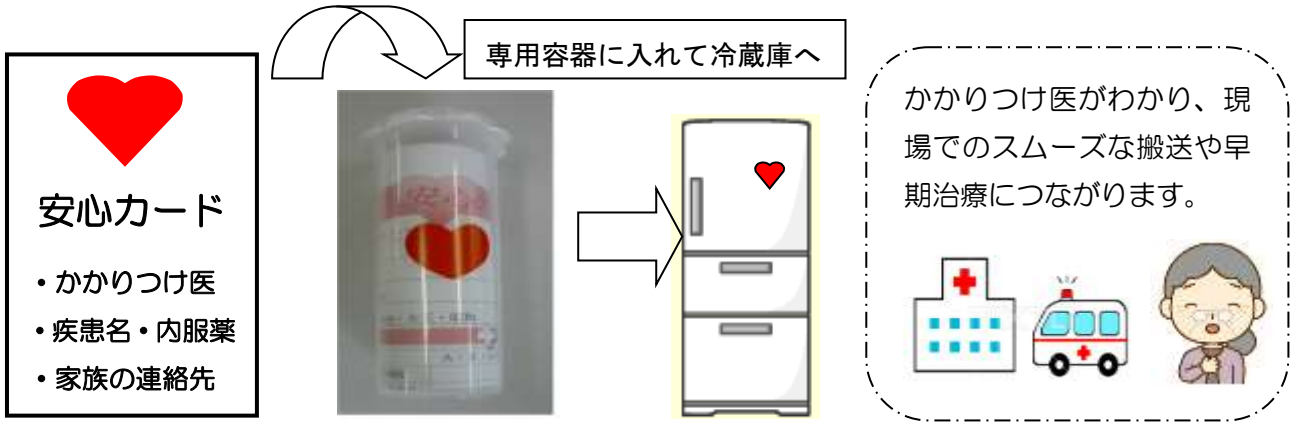
令和　　年　　月　　日

本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　代筆者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）

※本人が記入できない場合のみ御記入ください

ご存知ですか？安心カード

安心カードは、お一人暮らしの高齢者等で、緊急時の連絡先や健康に関わる情報を記入したカードを専用容器に入れて冷蔵庫に保管し、救急搬送などが必要な時等に備えるものです。



安心カードをもらったら・・・

１．安心カードを専用容器に入れて冷蔵庫に保管する。

２．救急隊員への目印として、赤いハートシールを玄関の内側と冷蔵庫の扉へ貼っておく。

配布の対象：長崎市内在住で ①　お一人暮らしの高齢者（６５歳以上）
　　または　　②　避難行動要支援者

安心カードは、地域センター、各総合事務所、長崎市地域包括支援センターで配布しています。お気軽にお立ち寄りください。

＜問合せ先＞　最寄りの総合事務所
中央 829-1429、東 813-9001、南 892-1113、北 814-3400
長崎市高齢者すこやか支援課 829-1146

＜安心カードについて　消防局からのお知らせ＞

救急隊は、患者の重症度・緊急度・専門性等を総合的に判断し、治療のためにより適切な医療機関の選定・搬送を行うため、安心カード情報のほかにも、詳しい状況等を直接お尋ねする場合がありますので、御理解と御協力をお願いいたします。

長崎市消防局

記入年月日　　年　　月　　日

安心カード

救急車・消防　１１９
警察　　１１０

このカードを救急隊員に
渡して下さい！

ふりがな
氏名　　（男・女）

住所　長崎市　　電話

生年月日　明治・大正・昭和　　年　　月　　日

血液型	Ａ・Ｂ・ＡＢ・Ｏ　　Ｒｈ（＋・－）
かかりつけの病院	
今かかっている病気	通常血圧　　／
常用している薬	
アレルギー	あり（　　）・なし
健康保険証番号	

緊急時連絡先

氏　名	電　話	住　所	本人との関係
その他 （伝えたいこと）			

※このカードに記入された個人情報は、警察・消防・長崎市関係部署に共有され救急業務以外には提供いたしません。
※のんでいる薬の説明書を一緒に入れてあると救急隊の参考になります。

長崎市地域包括支援センター一覧

地域包括支援センターとは・・・？

専門職が、介護や保健医療福祉サービスについての相談や、高齢者の人権や財産を守るための取り組みなど、高齢者が住み慣れた地域で暮らすための様々な支援を行っています。
お気軽にご相談ください！

長崎市地域包括支援センター (担当地区)	所在地	電話番号
長崎市東長崎地域包括支援センター （東長崎中学校区）	田中町 888	813-8060
長崎市日見・橘地域包括支援センター （日見・橘中学校区）	かき道１丁目１-2	801-2037
長崎市桜馬場地域包括支援センター （桜馬場中学校区）	古川町 8-15 磨屋町ビル 2F	818-6602
長崎市片淵・長崎地域包括支援センター （片淵・長崎中学校区）	夫婦川町 1-10 リバーカップル１階	801-5188
長崎市大浦地域包括支援センター （大浦・梅香崎中学校区）	相生町 1-17 メゾンド田中 202 号	818-8311
長崎市江平・山里地域包括支援センター （山里中学校区）	本原町 13-15 本原ハイツ102 号	841-7770
長崎市西浦上・三川地域包括支援センター （西浦上・三川中学校区）	花丘町 20 番３号花東ビル１階	847-0151
長崎市緑が丘地域包括支援センター （緑が丘中学校区）	白鳥町 3-28	847-3812
長崎市淵地域包括支援センター （淵中学校区）	城栄町 19-7　1-Bツインズ城栄	814-0202
長崎市小江原・式見地域包括支援センター （小江原中学校区）	小江原５丁目 6-5 小江原ゴルフセンター2 階	848-1222
長崎市西部地域包括支援センター （丸尾・福田・西泊中学校区）	旭町 8-23 ボナールビルディング 103 号	862-0119
長崎市岩屋地域包括支援センター （岩屋中学校区）	岩屋町 23-13　富吉ビル	855-8000
長崎市滑石・横尾地域包括支援センター （滑石・横尾中学校区）	滑石３丁目５－３４	814-7770
長崎市三重・外海地域包括支援センター （三重・黒崎・池島・神浦中学校区）	京泊２丁目４－37 プレジデント京泊１号室	860-1100
長崎市琴海地域包括支援センター （琴海中学校区）	琴海村松町 704-14	801-2730
長崎市小島・茂木地域包括支援センター （小島・南・茂木・日吉中学校区）	田上２丁目 2-7	820-8231
長崎市戸町・小ヶ倉地域包括支援センター （戸町・小ヶ倉中学校区）	上戸町２丁目 9-8　１階・２階	879-7408
長崎市土井首地域包括支援センター （土井首中学校区）	江川町 131 番地 102 号	833-5454
長崎市深堀・香焼地域包括支援センター （深堀・香焼・伊王島・高島中学校区）	深堀町１丁目 11－18	895-7007
長崎市南部地域包括支援センター （三和・野母崎中学校区）	布巻町111-1 三和地域センター3階	892-3124