

大阪市緊急通報システム事業

掲載機器は全て例示となります。申込時期や在庫状況によって、仕様が異なる機器が提供されますが、基本機能に差はありません。

緊急通報機器（携帯型機器）

緊急通報（基本機能）

ヒモを引くと緊急通報が受信センターに送信され、安否確認の電話がかかります。

緊急通報・健康相談（基本機能）

タッチ操作で受信センターとすぐに会話ができます。

オプション

自己負担により通話などのオプション機能が利用できます。（別途利用申込みが必要）

ご注意

- ・充電が切れないよう毎日充電してください。
- ・外出時の緊急通報にはご対応できませんのでご注意ください。
- ・緊急通報機器は、利用しなくなった場合は、返却が必要です。
- ・電波の状況によりご利用できない場合があります。
- ・過失による機器の紛失や破損があった場合、実費相当の費用負担が発生します。

機器の仕様（例）

サイズ：幅52mm、縦105mm、厚さ14.9mm
通信方式：4G ※ 端末のカラー指定はできません

ハンズフリー（基本機能）

着信から3秒後に自動的に接続しそのまま通話可能



表

裏

本体（持ち運び可）

緊急通報機器（固定型機器）

本体（据え置き）（例）

（幅218mm、縦162mm、高さ54mm）

スピーカー
（基本機能）

相談ボタン
（基本機能）

ご注意

- ・緊急通報機器は、利用しなくなった場合は、返却が必要です。
- ・ご利用にあたっては固定電話回線が必要となります。
- ・ご自宅の電話回線の状況により、別途工事費用が必要となる場合があります。
- ・過失による機器の紛失や破損があった場合、実費相当の費用負担が発生します。

ペンダント型送信機

※日常生活防水機能付
（到達距離50m）

緊急通報ボタン
（基本機能）



ボタンを押すと、本体で受信センターと会話ができます。

主な事業内容

①緊急通報対応

利用者からの緊急通報を受け、状況に応じて、協力者や親族に連絡をしたり、委託事業者によるご自宅への駆けつけ対応や救急車の出動を要請します。

②24時間健康相談

利用者からの健康相談に看護師等がアドバイスします。

対象者

①高齢者

65歳以上でひとり暮らしの方、65歳以上の方のみの世帯、1日のうち8時間程度居宅内で1人になる方

②障がい者

身体障がい2級以上または聴覚・音声・言語機能障がい3級以上の方で、単身世帯またはこれに準じる世帯

利用料

○前年所得税課税世帯……月額858円（税込）

○前年所得税非課税世帯……無料

協力者について

近隣にお住まいの方々などに、協力者として緊急時の状況確認などを行っていただいています。

周りに協力者が見つからない場合でも、ご利用を始めることはできますので、各区保健福祉センターへご相談ください。

オプション機能（携帯型機器利用者のみ）

自己負担によりご家族との通話などが可能なオプション機能が利用できます。

※ 緊急通報システム事業利用申込み時に別途申込みが必要です。

※ 緊急通報システム利用申込後にオプションを申込み又はオプションを解約する場合は別途費用が発生します。

● 電話帳登録（必須）

登録された方のみ電話の発着信及びメールの送受信が可能です。月額利用料220円が必要です。

● お帰り通知

ご利用者様がご自宅に戻られたことをお知らせします。ただし、ご自宅にWi-Fi環境が必要となります。

● 速度検知機能

ご利用者様が定期的にバスなどに乗車する場合に、指定した時間内に設定した速度以上で移動していることをお知らせします。

お問合せ・お申込み先：各区保健福祉センター福祉業務担当課（市外局番：06）

北区	6313-9857	都島区	6882-9857	福島区	6464-9859
此花区	6466-9857	中央区	6267-9857	西区	6532-9857
港区	6576-9857	大正区	4394-9859	天王寺区	6774-9857
浪速区	6647-9859	西淀川区	6478-9859	淀川区	6308-9857
東淀川区	4809-9857	東成区	6977-9859	生野区	6715-9857
旭区	6957-9857	城東区	6930-9857	鶴見区	6915-9859
阿倍野区	6622-9857	住之江区	6682-9859	住吉区	6694-9859
東住吉区	4399-9857	平野区	4302-9857	西成区	6659-9857

お問合せ先

大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課

06-6208-9995

大阪市福祉局障がい者施策部障がい支援課

06-6208-7993

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	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢	<input checked="" type="checkbox"/> 障がい	<input checked="" type="checkbox"/> ひとり暮らし
機 器	<input checked="" type="checkbox"/> 携帯型	<input checked="" type="checkbox"/> 固定型	<input checked="" type="checkbox"/> 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	該当者のみ	福祉電話申請	<input type="checkbox"/> 有
		携帯			<input checked="" type="checkbox"/> 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:)		<input checked="" type="checkbox"/> 非課税		ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有	
健康状態 (既往歴含む)			<input type="checkbox"/> 有	障がい内容: <input checked="" type="checkbox"/> 肢体 <input checked="" type="checkbox"/> 視覚 <input checked="" type="checkbox"/> 聴言 <input checked="" 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	(〒 -)				
	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	(〒 -)				
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			

【本市記入欄】 世帯所得税課税状況 (課税 ・ 非課税)

裏面も確認してください

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

緊急通報システム利用にかかる申立書

利用者の氏名			
同居者の状況	1	氏名	
		勤務（通学）先 または職業	
	2	氏名	
		勤務（通学）先 または職業	
	3	氏名	
		勤務（通学）先 または職業	
利用者が一人となる 時間帯	ほ ぼ 毎 日 } 1 週間に () 日 } 時ごろ～ 時ごろ		
利用者が一人となる 時間帯が発生する理由	(具体的に記入してください)		

※就労証明書又は就学証明書を添付のこと。

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

なお、上記内容に事実と反することが判明した場合は、緊急通報システムの利用を取り消されても異議を唱えません。

令和 年 月 日

大阪市長 様

申込者氏名