様式第2号（第5条関係）

緊急通報システム利用申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日　令和　　年　　月　　日  香美町長　様  緊急通報システムを利用したく、下記のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ  氏　名 | |  | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 住所 | | 香美町 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 固定電話  （必須） | | （　　　） | | | | | | | 携帯 | | | | －　　　　－ | | | | | | | | | | |
| 世帯区分 | | 高齢者 | | | | ひとり暮らし・高齢者世帯・その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害者 | | | | ひとり暮らし・重度身体障害者を有する世帯 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主な病名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 血液型 | | | 型 | | |
| 設置理由  (身体状況等) | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| かかりつけの  医療機関 | | 名　　称 | | | | | 所　在　地 | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 家族連絡先 | | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 | |  | | | | | 続柄 | |  | | | 自宅 | | | | | | （　　） | | | |
| 携帯 | | | | | | －　　－ | | | |
| 住所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 協力員  (順位１) | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 | |  | | | | | 続柄 | |  | | | | | 所要  時間 | | | | 分 | | | 鍵 | 有・無 |
| 住所 | | 香美町 | | | | | | | | | 自宅 | | | | （　　） | | | | | | | |
| 携帯 | | | | －　　　－ | | | | | | | |
| 協力員  (順位２) | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 | |  | | | | | 続柄 | |  | | | | | 所要  時間 | | | | 分 | | | 鍵 | 有・無 |
| 住所 | | 香美町 | | | | | | | | | 自宅 | | | | （　　） | | | | | | | |
| 携帯 | | | | －　　　－ | | | | | | | |
| 協力員  (順位３) | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 | |  | | | | | 続柄 | |  | | | | | 所要  時間 | | | | 分 | | | 鍵 | 有・無 |
| 住所 | | 香美町 | | | | | | | | | 自宅 | | | | （　　） | | | | | | | |
| 携帯 | | | | －　　　－ | | | | | | | |
| 民生委員  の意見 | | 担当民生委員　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

添付資料　緊急通報システム利用確認書（様式第２号の２）