

年 月 日											
緊急通報システム事業利用申請書											
赤磐市長 様											
申請者 住所											
氏名											
続柄											
下記のとおり、緊急通報システム事業の利用を申請します。											
利 用 者	電 話 番 号					通報装置	固定型 ・ 携帯型		血液型 型		
	ふりがな 氏 名					生年 月 日	年 月 日 (歳)				
	住 所	赤磐市									
	住 居 管 理 者	住所	氏名				電話				
	身 体 障 害	障害名 :					ガス区分		LPG ・ 都市ガス		
	現 在 治 療 中 の 病 気	(病名) (症状)									
	か かり つ け の 病 院	医 療 機関名	(主治医名)								
親族等 緊 急 連 絡	住 所										
	ふりがな 氏 名				関係		電話 番号				
第 1 近隣協力者 (必 須)	住 所							鍵	有 ・ 無		
	ふりがな 氏 名					電話番号					
	利用者との関係				対応可能時間		:	~	:		
第 2 近隣協力者 (必 須)	住 所							鍵	有 ・ 無		
	ふりがな 氏 名					電話番号					
	利用者との関係				対応可能時間		:	~	:		
第 3 近隣協力者	住 所							鍵	有 ・ 無		
	ふりがな 氏 名					電話番号					
	利用者との関係				対応可能時間		:	~	:		
介 護 者 (該当の場合に 記入)	住 所							関係			
	ふりがな 氏 名					電話番号					

N

(居宅内の間取り(玄関、寝室、固定型利用者は通報装置設置場所)を明示すること。)

民生委員記入欄	利用者は、緊急通報システム事業を利用する対象要件に該当することを認めます。			
	年 月 日			
処理欄	民生委員 住 所 氏 名 T E L			
	承認番号	登録番号 年 月 日	通報装置設置日	利用取消日