

緊急通報システム利用申請書

年 月 日

猪名川町長 様

申請者 住所  
氏名  
電話番号

(利用者との続柄: )

下記のとおり、緊急通報システムを利用したいので申請します。

利 用 者	ふりがな 氏名	男・女	生年 月日	年 月 日	年齢 歳
	住所	猪名川町	電話 番号	TEL 携帯	
	世帯状況	65歳以上独居者・障がい者手帳所持者・その他( )			
	固定電話回線の種類	NTTアナログ回線・その他( )			
	※固定電話回線をお持ちでない方のみ選択 使用する装置の種類		携帯型緊急通報装置・SIMルータ ※固定電話回線をお持ちの方は、固定型緊急通報装置を貸与します。		
	主な疾病		血液型	型	
	かかりつけ 医療機関	名称 所在地	電話番号	主治医	
	要介護度	無・有 (要支援1・2、要介護1・2・3・4・5)			
	障がい者手帳	無・有	手帳種類	手帳 等級	級(判定)
	※身体障がい者手帳所持者のみ以下を記入 障がいの部位( )				
利用申請理由					
近 隣 協 力 員	連絡 順位	ふりがな 氏名	住所 電話番号	利用者との 関係	鍵の預か りの有無
	1		猪名川町 (電話番号 )		無・有
	2		猪名川町 (電話番号 )		無・有
	3		猪名川町 (電話番号 )		無・有
緊 急 連 絡 先			(電話番号 )		無・有
			(電話番号 )		無・有
民生委員		猪名川町 (電話番号 )			無・有