

二宮町シルバー緊急通報システム事業申請書

社会福祉法人

二宮町社会福祉協議会長様

次のとおり申請します。

		ID :	利用者負担金区分 :			
利用者	住所			男・女	血液型	A・B・O・AB
	フリガナ			生年月日	大正・昭和	
	氏名	⑩			年 月 日 (歳)	
	固定電話番号			携帯電話番号		
家族構成	一人暮らし・高齢者二人暮らし・家族と同居 ()					

※利用者と申請者が異なる場合は、下記にご記入ください。

申請者	住所			電話番号	
	氏名	⑩		利用者との関係	

※緊急連絡先は、最低一人は親族の方の記入をお願いします。親族の方の連絡先が無い場合は受付できません。

連絡先①	住所			駆けつけ時間： 合鍵：もっている・いない
	フリガナ			固定電話番号 ()
	氏名	続柄：		携帯電話番号 ()
連絡先②	住所			駆けつけ時間： 合鍵：もっている・いない
	フリガナ			固定電話番号 ()
	氏名	続柄：		携帯電話番号 ()
連絡先③	住所			駆けつけ時間： 合鍵：もっている・いない
	フリガナ			固定電話番号 ()
	氏名	続柄：		携帯電話番号 ()

緊急通報システム委託業者に自宅の鍵を預けることに (同意する 同意しない)

民生委員地区氏名	氏名			地区名
かかりつけ医	医療機関名・ 担当医師			
	住所			電話番号
持病				
特記事項				