

高齢者救急通報システム利用申請書

(宛先) 昭島市長

申請者 住所

氏名

電話 ()

続柄 ()

次のとおり高齢者救急通報システムを利用したいので申請します。

なお、この申請に関し必要な住民情報、課税情報等を公簿等により確認することに同意します。

利 用 者	昭島市					・電話 ()
	(フリガナ) 氏 名	続柄	生 年 月 日		年齢	血液型
		主	年 月 日			
			年 月 日			
	主な病名		月 (週)	回 (通院・往診)		
	医療機関名	主治医		電話 ()		
日常生活の状況	身障手帳	種	級	障害名		
親 族	(フリガナ) 氏 名	続柄	年齢	住 所 (電話番号)		
居住 管理 協 力 者	氏名 (法人名)	住所 (所在)			電話	
					自宅 携帯	
					自宅 携帯	

裏面

連絡順位 救急通報協力員	(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	住 所	電 話	鍵	利用者との関係
1		男 ・ 女	・ ・	町	()	有 ・ 無	
2		男 ・ 女	・ ・	町	()	有 ・ 無	
3		男 ・ 女	・ ・	町	()	有 ・ 無	
4		男 ・ 女	・ ・	町	()	有 ・ 無	
5		男 ・ 女	・ ・	町	()	有 ・ 無	
世帯の課税状況			課税 • 非課税				
自己負担額			円				
上記のとおり確認する。 年 月 日 担当員							