

年 月 日

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

救急通報協力員	連絡 順位	(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								