

## 第1号様式（第5条関係）

年 月 日

## 高齢者住宅火災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 ( )

次のとおり高齢者住宅火災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 町 丁目 番 号 電話 ( )						
	携帯電話 ( )						
	氏名 (フリガナ)		生年月日		年齢		
			年 月 日				
	主な病名		月 (週) 回 (通院・往診)				
	日常生活の状況						
	医療機関名 主治医 身体の状況						
	家族の状況	氏名 (フリガナ) 続柄 年齢 住所 電話					【本人住居案内】  住宅地図等の添付も可
居住管理協力者	氏名 (法人名)		住所 (所在)		電話		
	1				自宅 携帯		
	2				自宅 携帯		
	3				自宅 携帯		
生計中心者の所得状況	①控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族数)		人 (人)	②前年の所得	円		
	③控除額の合計		※ 円	④控除後の所得額	円		
	控除額の内訳	雑損	円	寡婦 (夫)	人	※	円
		医療費	円	特別の寡婦	※ 円		
		社会保険料	円	配偶者特別控除	※ 円		
		小規模企業共済等掛金	円	農業所得の免除に 係る所得額	※ 円		
		障害者 (特別障害者を除く) 控除 対象配偶者及び扶養親族の合 計数	人	本年度の災害・医療 費	円		
		特別障害者である控除対象配 偶者及び扶養親族の合計数	人	備考			
※ 確認者	上記の状態であることを確認する。 年 月 日 氏名						

注意 ※印の欄は記入しないでください。

※該当する方の□へレ印を記入して下さい。  
東京消防庁直接型 民間代理型  
 (住宅火災直接通報) (住宅火災代理通報)