

美濃市緊急通報システム利用申請書

年 月 日

美濃市長 様

申請者 住所 美濃市
氏名

次のとおり、緊急通報システムの利用を申請します。また関係機関に必要な個人情報を提供することに同意します。

申請者の状況	住 所	美濃市		血液型	A・B・O・AB
	フリガナ			性別	男・女
	氏名				
	電話番号		生年月日	年 月 日	
	世帯形態	<input type="checkbox"/> 65歳以上のひとり暮らし世帯 <input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 一人暮らしの身体障害者（1～3級）世帯 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	かかりつけの医療機関		主治医		
連絡先	氏名		続柄		
	住所		電話番号		
協力員	順位	住 所		氏名	電話番号
	1	美濃市			
	2	美濃市			
	3	美濃市			
希望する機器の種類		固定型 ・ 携帯型		固定電話回線	あり ・ なし
人感センサー		希望する ・ 希望しない		駆付けサービス	希望する ・ 希望しない
上記の者は、ひとり暮らし高齢者等であり、機器の利用を必要と認めます。					
年 月 日					
民生委員・身体障害者相談員 住所 氏名					
※以下は記入しないでください。					
登録年月日	年 月 日		管理番号		
備考：					