様式第１号

東彼杵町緊急通報システム事業利用申請書

　　　年　　月　　日

　東彼杵町長　　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　印

（給付対象者との続柄：　　　　　　）

　電話

下記により、緊急通報システム事業を利用したいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利　用　者 | 住所 |  | | | 電話 | | 自宅  携帯 | | |
| フリガナ  氏名 | 男・女 | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 申請理由 | |  | | | | | | | |
| 協力員連絡先 | | フリガナ  氏名 | | 住所 | | | 利用者と  の関係 | | 電話 |
|  | |  | | |  | | 自宅  携帯 |
|  | |  | | |  | | 自宅  携帯 |
|  | |  | | |  | | 自宅  携帯 |
| 緊急時の連絡先  （親族等） | | 住所 | 電話　　自宅(　　　　　　　　　)　携帯(　　　　　　　　　　) | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 | （続柄：　　　） | | | 生年月日  年　　齢 | | 年 　月　 日  歳 | |
| 住所 | 電話　　自宅(　　　　　　　　　)　携帯(　　　　　　　　　　) | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 | （続柄：　　　） | | 生年月日  年　　齢 | | | 年 　月　 日  歳 | |
| かかりつけの  医療機関 | |  | | | | | | | |