

登録番号	
登録年月日	

高砂市緊急通報システム利用申請書兼登録台帳

提出者 ()

高砂市長 様

申請日 _____年_____月_____日

高砂市緊急通報システム事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

利用者 (申請者)	ふりがな 氏名		性別	
	住所	〒 高砂市		
	生年月日	年 月 日 (年齢 歳)	電話 番号	079- _____ 携帯: _____
	身体状況	要介護・要支援認定: 有 (介護度 _____) ・ 無 ・ 申請中		
		かかりつけ医 : _____ 主な病名、症状など: _____ (血液型 _____ 型)		
世帯の状況	同居の世帯員: 有 ・ 無 ↓ (氏名: _____ 生年月日: _____ (_____ 歳)) 利用者との続柄: (_____) 介護度: 要介護 (_____) かかりつけ医: _____ 主な病名、症状など: _____ (血液型 _____ 型)			
確認欄	<input type="checkbox"/> 鍵を受託業者に預けることを希望しない。 <input type="checkbox"/> 体に慢性疾患があるなど、日常生活を営む上で常時注意が必要な状態にあり、緊急通報システム利用を希望します。 <input type="checkbox"/> 同意事項1～3に同意する。			

入院、事故などの際の緊急連絡先 (親戚等)	緊急連絡先1	ふりがな 氏名		続柄	
		住所	〒 [電話: _____] [携帯: _____]		
		確認欄	<input type="checkbox"/> 利用者 (申請者) 宅の鍵の預かりについて <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 同意事項3に同意する		
	緊急連絡先2	ふりがな 氏名		続柄	
		住所	〒 [電話: _____] [携帯: _____]		
		確認欄	<input type="checkbox"/> 利用者 (申請者) 宅の鍵の預かりについて <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 同意事項3に同意する		

