

広川町高齢者あんしんコール事業(新規・継続)利用申請書

年 月 日

広川町長 様

申請者 住所
氏名 印
対象者との続柄 ()
電話 ()

広川町高齢者あんしんコール事業実施規程第5条の規定に基づき、装置の利用を申請したいので、下記のとおり申請します。なお、本事業の利用申請をするにあたり、事業実施に際して必要な個人情報を町及び関係機関に提供することに同意致します。

記

対象者	フリガナ		男・女	生年月日	大正昭和	年	月	日
	氏名							
	住所	広川町大字		電話番号				
	血液型		かかりつけ病院名		主治医名			病名
	※鍵の管理者が別にいる場合		氏名				対象者との関係	
緊急連絡先	フリガナ		男・女	生年月日	大正昭和	年	月	日
	氏名							
	住所	〒 - 広川町大字		電話番号				
	対象者との関係				備考			

(協力員記入欄)

協力員①	私は、上記対象者宅に設置される緊急通報装置の協力員に就任し、その責務を果たすことに同意致します。							
	フリガナ		男・女	生年月日	大正昭和	年	月	日
	氏名		印					
	住所	〒 - 広川町大字		電話番号				
対象者との関係				備考				
協力員②	私は、上記対象者宅に設置される緊急通報装置の協力員に就任し、その責務を果たすことに同意致します。							
	フリガナ		男・女	生年月日	大正昭和	年	月	日
	氏名		印					
	住所	〒 - 広川町大字		電話番号				
対象者との関係				備考				
協力員③	私は、上記対象者宅に設置される緊急通報装置の協力員に就任し、その責務を果たすことに同意致します。							
	フリガナ		男・女	生年月日	大正昭和	年	月	日
	氏名		印					
	住所	〒 - 広川町大字		電話番号				
対象者との関係				備考				

(担当民生委員記入欄)

(設置が適当とされる理由について)							
民生委員氏名						印	