様式第1号(第6条関係)

ひとりぐらし高齢者等緊急通報システム利用申請書

|  |
| --- |
| 年　　月　　日　　　　色　麻　町　長　殿申請者　住所　色麻町　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　月　　日　　性別　　男・女　　　　　　　　　　下記のとおり緊急通報システムを利用したいので申請します。 |
| 身体の状況 |  |
| 身体障害者手　　　 帳 | 番号 |  第　 　号 | 交付年月日 | 年　　月　　日 |
| 障害名 | 　 | 等級 | 種　　級 |
| 病名 | 医療機関名 | 主治医 | 住所 | 電話番号 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 本人以外の家族 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 性別 | 年齢 | 健康状態 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |