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 | | | |
|  | |  | |  |  | |  |  | | | |
|  | |  | |  |  | |  |  | | | |
|  | |  | |  |  | |  |  | | | |
|  | |  | |  |  | |  |  | | | |