

年 月 日

五霞町長 様

住 所 五霞町
氏 名
対象者との続柄
電話番号

五霞町ひとり暮らし高齢者緊急通報システム設置申請書

五霞町ひとり暮らし高齢者緊急通報システム事業実施要綱 (平成27年五霞町告示第96号) 第4条第1項の規定により、下記のとおり申請します。また、緊急通報システムの設置における利用者負担判定のために、私及び同一世帯全員の所得情報について照会することに同意いたします。

記

対象者	ふりがな		性 別	生年月日	
	氏 名		男・女		
	個人番号		電話番号		
	住所	五霞町			
親族等 連絡先	通報 順位	ふりがな 氏 名	電 話 番 号	住 所	続 柄
	1				
	2				
	3				
	4				
医療保険名	1 国民健康保険 2 後期高齢者医療 3 社会保険 4 共済保険 5 日雇健康保険 6 船員保険 7 退職者保険 8 生活保護 9 その他 ()				
保険証番号	記号		番号		枝番
身体障害者手帳	有・無・申請中		障害の程度		
かかりつけの 医療機関	名 称	電 話 番 号		病 歴 (持 病)	
血液型	型 (RH)				

住宅の状況	1	住宅地の目標 ()
	2	一戸建て・アパート・その他 ()
	3	木造・鉄骨・その他 ()
	4	建物の面積 ㎡
	5	寝室の位置 ()
	6	主な光熱器具 ①プロパン (業者名) ②その他 ()

近隣協力員	通報 順位	ふりがな 氏名	住 所	電話番号	続柄
	1				
	2				
	3				
	4				

(住宅付近の略図)