

様式第1号 (第5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

女川町長 殿

申請者 住 所

(電話)

ふりがな

氏 名 ⑩

生年月日 年 月 日生

(歳)

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。

身体及び日常生活の状況

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	主治医名	住所及び電話番号		
			電話		
			電話		
			電話		
家 本人以外 族	氏 名	生年月日	住 所	電話番号	続柄
緊急通報協力員 予 定 者	氏 名	生年月日	住 所	電話番号	続柄

