

(表)

関 市 長 様		年 月 日	
申請者	住 所	関市	
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	(歳)
	電 話	—	
	かかりつけの医療機関		
関市緊急通報システム事業利用申請書			
緊急通報システム事業を利用したいので、下記のとおり申請します。			

		氏 名	住 所	年齢	続柄・関係	電 話	備 考
親 族	同 居					—	
						—	
	そ の 他					—	
						—	
協 力 員						—	
						—	
						—	
希望する機器の種類		固定型 ・ 携帯型		固定電話回線		あり ・ なし	
人感センサー		希望する・希望しない		駆付けサービス		希望する・希望しない	
上記の者は、ひとり暮らし高齢者等であり、機器の利用を必要と認めます。 担当民生委員 氏名							
※以下は記入しないでください。							
登 録 年 月 日		年 月 日		管 理 番 号			
備 考							

備考

- 裏面の「申請者宅略図」を記入してください。
- 承諾書（別記様式第2号）、同意書（別記様式第3号）及び誓約書（別記様式第4号）を添付してください。

(裏)

申請者宅略図

住 所	関市		
氏 名		電話番号	—
<p>※目標となる建物等を書いてください。</p>			