

関市緊急通報システム事業利用申請書

年 月 日

関市長様

申請者 住所 関市  
 氏名 印  
 生年月日 年 月 日（歳）  
 電話 ー  
 F A X  
 かかりつけ医療機関

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。  
 また、必要に応じて世帯の課税状況を確認することを承諾します。

		氏名	住所	年齢	続柄・関係	電話	備考
親	同						
	居						
族	その他						
協力員							

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 印

※以下は記入しないでください。

貸与年月日	年 月 日	貸与番号	
備考			

備考

- 裏面の「申請者宅略図」を記入してください。
- 協力員の「承諾書（別記様式第2号）」を添付してください。

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>			

# 承 諾 書

機器設置先 住 所 関市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

私は、上記の者に係る緊急通報システム事業の協力員になることを承諾します。

協力員1 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 職業 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ 続柄（関係） \_\_\_\_\_

通常の在宅時間 \_\_\_\_\_ 予備鍵の保管 有・無 \_\_\_\_\_

協力員2 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 職業 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ 続柄（関係） \_\_\_\_\_

通常の在宅時間 \_\_\_\_\_ 予備鍵の保管 有・無 \_\_\_\_\_

協力員3 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 職業 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ 続柄（関係） \_\_\_\_\_

通常の在宅時間 \_\_\_\_\_ 予備鍵の保管 有・無 \_\_\_\_\_