

様式第1号（第4条関係）

高齢者等緊急通報システム利用申請書

岩沼市長 殿						年 月 日	
申請者 住 所 岩沼市						(電話)	
氏 名							
生年月日						年 月 日生 (歳)	
性 別 男 ・ 女							
以下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。							
申請理由							
身体障害者手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳 (該当するものを○で囲んでください。)		番 号		第 号			
		交付年月日		年 月 日			
		等 級		種 級			
病 名		医 療 機 関 名		主 治 医 名		電 話 番 号	
本人以外の家族	氏 名	続柄	生年月日	住 所		電話番号	
予 定 者 緊急通報協力員	氏 名	年齢	住 所		電話番号	申請者との関係	