

倉敷市緊急通報装置利用申請書

令和 年 月 日

倉敷市長 あて

緊急通報装置を利用したいので申請します。なお、所得税調査等、必要な調査について同意します。

申請者	住所	(〒 -) 倉敷市	
	目標物		
	フリガナ氏名		電話 - - ※固定電話（アナログ回線）利用に限ります
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)	
非常時の連絡先 (身内の人等)		住所	(続柄)
		氏名	電話 - -
住居の管理者 (借家の場合)		住所	
		氏名	電話 - -
身体 の 状 況 等	病名		
	かかりつけ の医療機関 の名称等	名称	
		所在地	
		電話 - -	
	主治医名		
	障害者の場合	種 級 障害名	

協力員	1	(〒 -) 住所 倉敷市	続柄 () 生年月日 . . フリガナ氏名	電話 - - (鍵) 有 ・ 無
	2	(〒 -) 住所 倉敷市	続柄 () 生年月日 . . フリガナ氏名	電話 - - (鍵) 有 ・ 無
	3	(〒 -) 住所 倉敷市	続柄 () 生年月日 . . フリガナ氏名	電話 - - (鍵) 有 ・ 無
証明欄	民生委員・身体障害者相談員記入欄 申請者は下記の○印のとおりであることを認めます。 民生委員・身体障害者相談員 (住所) 倉敷市 (氏名) 令和 年 月 日 1. おおむね65歳以上のひとり暮らし老人 2. ひとり暮らしの重度身体障害者等 3. ねたきりの老人等を抱える高齢者のみの世帯			