

様式第1号（第4条関係）

島原市緊急通報システム事業利用申請書

令和 年 月 日

島原市長 様

申請者 (利用者)	住所	島原市			番地		
	ふりがな 氏名	Ⓜ	生年 月日	明治・大正・昭和	年	月	日
	電話番号				(歳)		
	かかりつけ 医療機関						
緊急 連絡先	住所						
	ふりがな 氏名			続柄			
	電話番号 (自宅)			電話番号 (勤務先等)			
協力者 (通報先)	ふりがな 氏名	続柄	住所		連絡先電話番号		
申請理由							

この申請に伴い、福祉事務所が必要に応じ、申請者に係る介護保険情報等を確認すること及び、実施機関へ上記申請事項を通知することに同意します。

氏 名 Ⓜ