

様式第 1 号（第 6 条関係）

ひとりぐらし高齢者等緊急通報システム利用申請書

年 月 日 加美町長 殿 申請者 住 所 加美町 電話番号 ふりがな 氏 名 生年月日 年 月 日 性 別 男・女 下記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。						
身体の状況						
身体障害者 手 帳		番 号	第 号	交付年月日	年 月 日	
		障 害 名			等級	種 級
病 名	医療機関名	主治医		住 所		電話番号
本 人 以 外 の 家 族	氏 名	続 柄	生年月日	性別	年齢	健 康 状 態