

様式第1号(第4条関係)

緊急通報システム利用申請書

年 月 日

江田島市長 様

申請者 住 所  
ふりがな  
氏 名

緊急通報システムを利用したいので、次のとおり申請します。

利 用 者	ふりがな 氏 名		性 別	男 女	生年月日	年 月 日( 歳)	
	住 所				電話番号		
申 請 理 由							
病 気 に 関 する 事 項	病 歴	指定病院名	住 所	電 話	主治医	その他の 症状等	血液型
							型
健 康 保 険 証 の 種 類	協・組・船・共・国(記号番号 ) 後(被保険者番号 )						
原爆被爆者健康手帳	有・無(手帳番号 )						
身 体 障 害 者 手 帳	有・無(障害程度 肢・聴・視・内・言 級 障害名 )						
要 介 護 認 定	有・無(要介護度 要支援 ・要介護 )						
同 居 の 家 族	氏 名	続柄	性 別	生 年 月 日	年 齢	健康状態等	
				年 月 日			
				年 月 日			
緊 急 連 絡 先 近 隣 者	氏 名	続柄	住 所	電 話 番 号	携 帯 電 話	鍵管理	
緊 急 連 絡 先	氏 名	続柄	住 所	電 話	勤 務 先	住 所	電 話
担 当 民 生 委 員							
備 考	※保健師の調査 市民税非課税・その他						