

# 緊急通報システム利用申込書

豊中市長 あて



申込者 住 所 \_\_\_\_\_  
 (本人または親族) 氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( ) \_\_\_\_\_  
 電 話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

1. 利用者が緊急に対応する必要性が高い疾病を有する等、日常生活を営むうえで常時注意が必要な状態にあるため、本サービスを申し込みます。
2. 利用者・代理者・合鍵預託先・緊急連絡先の同意を得た上で、本サービスを申し込みます。

●申込区分 ※いずれかに☑してください。

申込区分	<input type="checkbox"/> 65歳以上のひとり暮らしの者 <input type="checkbox"/> 65歳以上のみの世帯の者 <input type="checkbox"/> 同居をする者が、就労又は就学若しくはやむをえない事情により不在となるため、居宅で一人となることが週4日以上かつ1日当たり概ね8時間程度となる期間が一定期間続く65歳以上の者 (→様式第4号提出)
------	--

●利用者・緊急連絡先情報

ふりがな 氏 名			生年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 ー 豊中市			
固定電話			携帯電話	
緊急に対応が必要な 病名・状態				
病院 1	病院名			病院名
	電話番号			電話番号
	住所			住所
緊急連絡先	氏名	続柄	住 所	電話番号
	ふりがな		〒 ー	【自宅】
	-----			【携帯】
	ふりがな		〒 ー	【自宅】
	-----			【携帯】

裏面もご記入ください

