

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歳以上の一人暮らしの者 <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歳以上の者又は重度の身体障害者 (→様式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 〒 _____ 豊中市				
固定電話	<input type="checkbox"/> 本人電話 <input type="checkbox"/> 福祉電話		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2	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	
	ふりがな			〒 _____	
					電話番号
					【自宅】
					【携帯】
					【自宅】
					【携帯】

裏面もご記入ください

