

緊急通報システム利用登録申請書

年 月 日

草津市長 宛 申請者 住所
氏名

下記のとおり、緊急通報システムを利用したいので許可の申請をします。

利 用 者	住所	電話			
	氏名	(ふりがな)	男・女	生年 月日	明・大・昭 年 月 日
	続柄： 緊急通報システムが必要な理由				
	病名		医療 機関	名 称	
			電 話		
			主治医		
同 居 者	氏名	(ふりがな)	男・女	生年 月日	明・大・昭 年 月 日
	続柄：				
	病名		医療 機関	名 称	
				電 話	
			主治医		
協 力 員	氏 名		本人と の関係	住 所	電 話
	1	(ふりがな)			
	2	(ふりがな)			
緊 急 連 絡 先	1	(ふりがな)			
	2	(ふりがな)			
介護保険サービス事業所等 (居宅介護支援事業所)					
担当区域の民生委員					
備考					
※申請者と申請書提出者が異なる場合は、提出者の氏名、連絡先を御記入ください。					
市 処理欄	担当地域包括支援センター(高穂・草津・老上・玉川・松原・新堂)				

自宅付近の略図（特に目印となるものを明記してください。）