

緊急通報システム利用登録申請書												
草津市長					宛		申請者			住所		
氏名										年 月 日		
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)					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)					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							固定型 ・ 携帯型					
※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。）