

桜川市長 様

申請者 住所  
氏名  
電話番号  
利用者との関係

桜川市高齢者あんしん通報システム事業利用申請書

桜川市高齢者あんしん通報システム事業の利用について、桜川市高齢者あんしん通報システム事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請いたします。

利用者	ふりがな				男・女	生年月日
	氏名					年 月 日
	住所					<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家
	電話	固定		携帯		
申請理由		1 ひとり暮らしの75歳以上の者 2 その他市長が認める者				
通報先	順位	氏名	続柄	住所	固定電話 携帯電話	
親族 連絡先	1	ふりがな				
	2	ふりがな				
	3	ふりがな				
近隣 協力員	4					
	5					
	6					

登録順位に従って連絡します。

親族連絡先：緊急事態にその状況を連絡する方。不在が続いた時の状況確認を依頼できる方。

近隣協力員：緊急事態や状況不明の際に、利用者宅への駆け付け又は状況確認などを依頼できる方。

※ 市記入欄	固定電話 ・ 携帯電話	民生委員	
--------	-------------	------	--