

様式第1 (第5条関係)

緊急通報装置設置申請書

年 月 日

知立市長 様

申請者 住所

氏名

下記により、緊急通報装置を設置して下さるよう申請いたします。

記

住 所				電話	—	
フリガナ				性別	生 年 月 日	血液型
氏 名				男・女	年 月 日	型
病 名				アレルギー	無・有 ()	障害
世帯の状況	氏 名		続柄	生 年 月 日	備 考	
障害者の場合	身障者手帳交付年月日 年 月 日 級 障害区分					
親 族	住所				電話	
	氏名				続柄	
協力員 1	住所				電話	
	氏名				続柄	
協力員 2	住所				電話	
	氏名				続柄	

<かかりつけ医療機関>

医療機関					電話	
住 所						
主 治 医		診療科		夜間対応 (有・無)	患者番号	
医療機関					電話	
住 所						
主 治 医		診療科		夜間対応 (有・無)	患者番号	