

長久手市緊急通報システム事業利用申請書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者 住 所
氏 名
続 柄 本人 ・ 配偶者 ・ （ ）
電 話 （ ） -

長久手市緊急通報システム事業を利用したいので申請します。なお、長久手市緊急通報システム事業実施要綱を遵守します。

フリガナ		生年月日	大正・昭和 年 月 日	性別	男 ・ 女
利用者氏名		電話番号	自宅（ ） - 携帯電話 -		
住 所	長久手市				
世帯員名 (本人以外)		生年月日	大正・昭和 年 月 日	続柄	
かかりつけ医		電話番号	（ ） -		

◆委託業者からの月1回の電話連絡の有無について ご記入ください。	◆熱中症アラート機能による注意喚起の電話を受ける 連絡先についてご記入ください。
希望 ・ 不要	固定電話 ・ 携帯電話

◆緊急連絡先（緊急時等の連絡先を2人までご記入ください。連絡は①の方から順番に行います。メールアドレスは、登録希望の場合のみご記入ください。）

①	フリガナ		続柄	電話番号	自宅 （ ） - 携帯電話 -
	氏名				メールアドレス
	住所				
②	フリガナ		続柄	電話番号	自宅 （ ） - 携帯電話 -
	氏名				メールアドレス
	住所				

□設置工事日： 月 日（ ） 時 分

□民生委員立会い： 希望 ・ 不要