

様式第1号（第6条関係）

市川市あんしん電話受信センター利用承認申請書

年 月 日

市川市長

次のとおり市川市あんしん電話受信センターの利用を申請します。なお、申請内容について市が保有する情報で確認すること、市川市あんしん電話受信センター、市川市消防局及び市川市高齢者サポートセンターへ登録することを承諾します。

| | | | | |
|-----------------|------|---|---------|---------------------|
| 利用者 | 世帯分類 | 1 独居 2 高齢者世帯 3 身障者 4 自主 5 その他 () | | |
| | 住 所 | 市川市 アパート・マンション名 () | | |
| | フリガナ | | 性 別 | 生年月日 明・大・昭 年 月 日 |
| | 氏 名 | | 男・女 | |
| | 電話番号 | () | 介護認定の区分 | 無・有 () |
| 障害等級の区分 無・有 () | | | | |
| 設置の連絡先 | | <input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 第1連絡先 <input type="checkbox"/> 第2連絡先 <input type="checkbox"/> その他 () | | |

| | | | | |
|---------------|---|---------------------|-------------|------|
| 緊急連絡先（近親者等） | 第1連絡 | 住 所 | | |
| | | フリガナ | | |
| | 氏 名 | 利用者との続柄 () | | |
| 第2連絡 | 住 所 | | | |
| | フリガナ | | | 電話番号 |
| | 氏 名 | 利用者との続柄 () | | |
| 病院 | 病院名 | | 電話番号 | |
| | 病 名 | | 診療科 | |
| 備考 | ※同居人がいる場合は、氏名・続柄・生年月日を記載してください。 | | | |
| | 申請内容について、民生委員への情報提供を希望する場合は、下記□にチェックしてください。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 民生委員への情報提供を希望します。 | | | |
| | 提出 代行者 | 住所 氏名 | 利用者との関係 () | 電話番号 |
| 処理欄 (記入不要) | | 設置年月日 年 月 日 受付者 () | | |