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 | 住　所 | 市川市 | | |
| | フリガナ | | 生 年 月 日 | |
| | 氏　名 | | 明・大<br>昭・平　　年　　月　　日 | |
| | 性　別 | 男　・　女　（医療的な対応をするときのみに使用し、他の目的に使用することはありません） | | |
| | 世帯分類 | □ 独居（65 歳以上の高齢者１人のみ）　□ 高齢者世帯（65 歳以上の高齢者複数）<br>□ 身障者（利用者が身体障がい者１級・２級）　□ 自主設置（高齢者・身障者以外がいる）<br>□ その他（　　） | | |
| | 固定電話番号 | （　　） | 介護認定の区分 | 無・有（　　） |
| | 携帯電話番号 | （　　） | 障害等級の区分 | 無・有（　　） |
| 設置の連絡先 | | □利用者　□第１連絡先　□第２連絡先　□その他（　　） | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 緊急連絡先（近親者等） | 第１連絡先 | 住　所 | | | | |
| | | フリガナ | | 続柄 | 固定電話 | |
| | | 氏　名 | | | 携帯電話 | |
| | 第２連絡先 | 住　所 | | | | |
| | | フリガナ | | 続柄 | 固定電話 | |
| | | 氏　名 | | | 携帯電話 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 病院 | ① | 病院名 | | 電話番号 | |
| | | 診療科 | | 病　名 | |
| | ② | 病院名 | | 電話番号 | |
| | | 診療科 | | 病　名 | |

| | |
|---|---|
| 民生委員への情報提供 | □ 希望する　　□ 希望しない |
| 備考 | ※同居者がいる場合は、氏名・続柄・生年月日を記載してください。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 提出代行者 | 住所 | | 利用者との関係 | |
| | 氏名 | | 電話番号 | |

担当職員処理欄（記入不要）　　設置年月日　　年　　月　　日　　受付者（　　）