

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 八幡1-1-1			
	フリガナ	イチカワ タロウ	生年月日		
	氏名	市川 太郎	明・大 昭・平	〇年〇月〇日	
	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(医療的な対応をするときのみを使用し、他の目的に使用することはありません)		
	世帯分類	<input type="checkbox"/> 独居 (65歳以上の高齢者1人のみ) <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 (65歳以上の高齢者複数) <input type="checkbox"/> 身障者 (利用者が身体障がい者1級・2級) <input type="checkbox"/> 自主設置 (高齢者・身障者以外がいる) <input type="checkbox"/> その他 ()			
	固定電話番号	047 (000) 0000	介護認定の区分	無・有 (<input checked="" type="checkbox"/> 要介護2)	
	携帯電話番号	()	障害等級の区分	無・有 ()	
設置の連絡先		<input type="checkbox"/> 利用者 <input checked="" 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連絡先	住所	市川市〇〇〇		
		フリガナ	イチカワ ハナコ	続柄	固定電話
		氏名	市川 花子	長女	携帯電話
	第2連絡先	住所	親族等、少なくとも、1人以上		
		フリガナ	記入してください。		
		氏名		固定電話	
病院	①	病院名	〇〇〇病院	電話番号	047 (000) 0000
		診療科	〇〇科	病名	〇〇〇
	②	病院名		電話番号	
		診療科		病名	
民生委員への情報提供		<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 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。				
	市川〇〇(妻) 〇〇年.〇.〇日生				
提出 代行者	住所			利用者との関係	
	氏名			電話番号	

希望する場合は、見守りのため、地域の民生委員へ情報提供します。