

緊急通報システム設置申請書

令和 年 月 日

周防大島町長 様

届出人 住 所

氏 名 印

電 話 ()

緊急通報システムを利用したいので下記のとおり申請します。

対 象 者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	周防大島町大字 (自治会)		
	電話番号	()		
対象区分	1 ひとり暮らし	ひとり暮らしになった日	年 月 日	
	2 1人はねたきりの状態	ねたきりになった日	年 月 日	
第1 協力員	氏 名		対象者との続柄	
	住 所	周防大島町大字 (自治会)		
	電話番号	()		
第2 協力員	氏 名		対象者との続柄	
	住 所	周防大島町大字 (自治会)		
	電話番号	()		
身 体 等 の 状 況	歩 行	可 ・ 要介護 ・ 不 可		
	聴 力	普 通 ・ やや難 ・ 難		
	視 力	普 通 ・ 弱 視 ・ 全 盲		
	言 語	普 通 ・ 障害あり		
	食 事	可 ・ 援 助		
	病状病歴 (慢性疾患 等)			

※ 利用料 月額510円

所見（民生委員児童委員）

令和 年 月 日 氏 名 印