様式第１（第５条関係）

大口町緊急通報装置貸与申請書

 年 月 日

大口町長 　　　　　　 様

 申請者 住 所 大口町

 氏 名

 電 話

 次のとおり大口町緊急通報装置の貸与を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 |  | 生年月日 | 年　月　日 |
| 対象区分 | １．身体障害者手帳１・２級 ２.特定医療費受給者３．単身高齢者 　４．７５歳以上の高齢者世帯に属する者５．その他 |
| 緊急連絡先 | 氏 名 |  | 電 話 |  |
| 住 所 |  | 申請者との続柄 |  |
| 主治医 | 氏 名 |  | 医療機関名 |  |
| 既往症 |  |
| 同居家族 | 氏 名 | 続 柄 | 生年月日 |
|  |  |  |
|  |  |  |

上記利用者の協力員として協力することを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  協 力 員 |  １ |  氏 名 |  |  電 話 |  |
|  住 所 |  |  申請者との続柄 |  |
|  ２ |  氏 名 |  |  電 話 |  |
|  住 所 |  |  申請者との続柄 |  |
|  ３ |  氏 名 |  |  電 話 |  |
|  住 所 |  |  申請者との続柄 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 意　見 | 大口町地域包括支援センター　　氏 名　　　　　　　　　　　　　 |
|  |