

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