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 |
|  |