

様式第1号(第5条関係)

緊急時連絡システム事業利用申請書

平成29年 4月 3日

ふじみ野市長 宛て

対象者本人又はその家族を記載してください。注) ケアマネジャーは不可

自筆で記入してください。(PC入力不可)
※代筆の場合は押印してください。

住 所 ふじみ野市福岡1-1-1

申請者 氏 名 ふじみ野 一郎

(利用者との関係) 子

緊急時連絡システム事業を利用したいので、申請します。併せて、利用の可否決定上必要な場合については、私の住民基本台帳の閲覧について同意します。

利 用 者	住 所	ふじみ野市福岡1-1-1		
	フリガナ 氏 名	フジミノ タロウ	電話 番号	261-2611
	生年月日	昭和10年4月1日 (82歳)	Ⓜ・女	

かかりつけの 医 療 機 関	ふじみ野総合病院	電話 番号	261-2613
-------------------	----------	----------	----------

病 歴 (持病等)	狭心症、心筋梗塞、脳梗塞	心疾患、脳疾患、肺疾患等の病歴を 記載してください。
--------------	--------------	-------------------------------

項目	フリガナ 氏 名	関 係	住 所	電話番号
親 族	ふじみ野 一郎	子	福岡1-1-1	261-2611 090-0000-0000
	親族が居る方については記載してください。 注) 市外にお住まいの場合も記載してください。			
地域 協力 者	ふじみ野 花子	知人	福岡1-1-2	261-2612
	親族が居らず、対象者宅近隣にお住まいの方で、対象者が緊急時連絡システムを利用し病院へ搬送された後の対応について協力を得られる方がいる場合は記載してください。			

※消防組合の前に通報を受ける方が必要な場合は、次の欄を記載してください。

通 報 協 力 者	第1	ふじみ野 一郎	子	福岡1-1-1	090-0000-0000
	第2	対象者が緊急事態以外の際に発信器を押して誤報をする恐れのある方については、通報協力者を記載してください。			