

緊急通報装置レンタル申請書

年 月 日

(宛先) 福祉事務所長

申請者 住所 東大阪市 _____

氏名 _____ (印)

署名又は記名押印 署名の場合、押印は必要ありません。

対象者との続柄 _____ 電話 _____

次のとおり、緊急通報装置（固定型装置・携帯型装置）のレンタルを申請します。

利用者の状況	フリガナ	-----	男・女	電話番号	
	氏名		生年月日	大正・昭和	年 月 日 (歳)
	住所	〒 東大阪市			
	身体 の 状 況	老人・身障 (種 級・障害部位) 病名			
		医療機関名		主治医	
	住 所		電話番号		
家族・近親者の状況	氏名 (フリガナ)	住 所		続柄 (関係)	電話番号
	-----	〒			
	-----	〒			
緊急連絡先	①	〒			
	②	〒			
協力員	第1次	〒			
	第2次	〒			
設置日調整先	<input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先 (① ・ ②) <input type="checkbox"/> 協力員 (第1次 ・ 第2次) ※緊急連絡先もしくは協力員を希望する場合、いずれかに○をしてください。 <input type="checkbox"/> その他 (氏名: _____ 利用者との関係: _____ 電話番号: _____)				
私は、緊急通報レンタルの申請をするにあたり自己負担額の決定に必要な本人及び世帯員の所得の状況等について調査することに同意します。					
【携帯型装置を利用する方】 <input type="checkbox"/> 私は固定型装置を利用できる固定電話回線を有しません。					
住所 _____			氏名 _____ (印) 署名又は記名押印 署名の場合、押印は必要ありません。		