

(表面)

様式第1号 (第6条関係)

堺市身体障害者緊急通報システム利用申請書

年 月 日

堺市長 殿

申請者 住 所 堺市

氏 名

電話番号 ()

堺市身体障害者緊急通報システムを利用したいので、堺市身体障害者緊急通報システム事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

なお、システムの利用決定のため住民基本台帳及び課税状況について確認することを承諾します。

利用者氏名				生年月日	年 月 日 (歳)	
身体障害者手帳	等級	級	種別 種	障害名		
緊急時等の 連絡先 (親戚知人等)	氏名			利用者との 関係	電話番号	
	住所					
住宅の状況	持家・賃貸住宅(民間・UR・公営) その他()			居住階 数	階	
進入口の指定	1 あり(玄関・勝手口・窓[]側)				2 なし	
健康状態	寝たきり・病弱・普通・健康			歩行(可・否)		
同居者の有無	あり()・なし			表札	あり なし	
かかりつけの 医療機関 (必要な場合)	医療機関 名			電話番号	()	
	病名(事前に知っ ておいてほしい 場合に記入)					

(裏面)

協力者記入欄

第 1 協力者	フリガナ 氏 名	(届出者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)	電話 番号	
	住 所			
	利用者との関係	近隣 知人 親族 その他 ()		
	利用者の住居との 距離	メートル		
第 2 協力者	フリガナ 氏 名	(届出者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)	電話 番号	
	住 所			
	利用者との関係	近隣 知人 その他 ()		
	利用者の住所との 距離	メートル		

○協力者及び消防局に対して事前に理解しておいてほしいことがあれば、記入してください。

--