

音更町未帰宅高齢者家族支援事業利用申請書

年 月 日

音更町長 宛て

申請者(介護者) 氏名 \_\_\_\_\_

(署名又は記名・押印)

次のとおり感知器の利用を申請します。

申請者 (介護者)	氏名	<small>フリガナ</small> _____			生年月日	年 月 日			
	住所	〒 _____							
	連絡先電話番号	自宅電話番号	_____	自宅FAX番号	_____				
携帯電話番号		_____	勤務先電話番号	_____					
暗証番号	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						4桁の数字を記入してください。 位置情報の問合せ時に必要となります。		
位置情報対象者 (感知器を携帯される方)	氏名	_____			生年月日	年 月 日			
	住所	〒 _____ ※ 申請者と異なる場合のみ記入							
	申請者との続柄	配偶者・親・子・兄・弟・姉・妹・孫 その他の親族等 ( )							
緊急連絡先 (別居家族等)	氏名	_____			生年月日	年 月 日			
	住所	〒 _____							
	申請者との続柄	配偶者・親・子・兄・弟・姉・妹・孫 その他の親族等 ( )							
	連絡先電話番号	自宅電話番号	_____	自宅FAX番号	_____				
携帯電話番号		_____	勤務先電話番号	_____					
金融機関名	口座種目及び番号	普通・当座		口座名義人	_____				

【町記入欄】

利用開始予定日	年 月 日	委託事業者への連絡	済 ・ 未済
備考	_____		

# 対象者の写真添付（貼付）用紙

登録者の氏名（フリガナ）\_\_\_\_\_

写真を撮った時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃

