

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)

登録者の氏名(フリガナ) _____

写真を撮った時期 _____ 年 月 頃

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	フリガナ		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。 位置情報の問い合わ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						
同意書 上記のとおり、感知器の利用を申請します。又この申請に関して音更町が私と私に属する世帯主及びその他の世帯員の所得状況等を調査することに同意します。 音更町長 宛て _____ 年 月 日 申請者氏名 _____ (署名又は記名・押印)									

【町記入欄】

利用開始予定日	年 月 日	基本料金負担区分	利用者負担 ・ 町 負 担
委託事業者への連絡	済 ・ 未済	備 考	

