

(表)

第1号様式(第5条関係)

通 報 シ ス テ ム 給 付 申 請 書

年 月 日

南九州市長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電 話 _____
続 柄 _____

通報システムの給付を受けたいので、南九州市在宅高齢者緊急通報システム事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。また、給付の支給決定のために必要な住民税の課税状況を照会することに同意します。

記

利用者	住 所	南九州市		
	フリガナ氏 名		電 話 番 号	
	生年月日	(歳)	血 液 型	A・B・O・AB
主治医		医療機関名： 電話番号：		
(主な疾病・健康状態)		(給付を必要とする理由)		
親族	住 所		電 話 番 号	
	フリガナ氏 名		続 柄	
緊急連絡先	住 所		電 話 番 号	
	フリガナ氏 名		続 柄	

(裏)

利用者宅略図