

決 裁	課 長	課長代理	係 長	係 員	受 付	令和 年 月 日
					伺 い	令和 年 月 日
					決 裁	令和 年 月 日
受給資格の判定		要 緊急通報装置対象者として認定してよろしいか伺います。			否 (理由)	

別記

第1号様式 (第5条関係)

緊急通報装置設置申請書

令和 年 月 日

柏崎市長 様

申請者 住 所

氏 名

(対象者との続柄)

柏崎市緊急通報装置規則第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

対 象 者	住 所	柏崎市				
	ふりがな 氏 名		電話 番号			
	生年月日	年 月 日生				
身 体 の 状 況	既往症			現症状(病名)		
	かかりつけの 医療機関名			主治医名		
	障害者手帳	有 (級)・無		障 害 名		
家 屋 所 有 者 (借家の場合)	住所			アパート等の名称		
	氏名			電 話 番 号		
親 族 (緊急時の 連絡先)	住 所			電話番号		
	ふりがな 氏 名	(歳)	対象者との 続柄	勤 務 先 電話番号		
協 力 員	住 所	氏 名	性 別	生年月日	電話番号	備考
	柏崎市		男・女			
	柏崎市		男・女			
申 請 理 由						