

緊急通報システム装置設置申請書

年 月 日

（宛先）

岩 国 市 長 様

※太線内のみ記入してください。

			番号		
対 象 者	住所	〒 ー	電話	自宅	
		岩国市	番号	携帯	
	フリガナ		生年 月 日	年 月 日	
	氏名				
緊急通報システム装置の設置を申請します。 また、福祉サービス提供機関、岩国地区消防組合、民生委員及び福祉員に、世帯、住居、身体 の 状 況 等 の 個 人 情 報 を 必 要 に 応 じ て 提 供 す る こ と に 同 意 し ま す 。 なお、この同意は、サービス の 中 止 と と も に 失 効 す る も の と し ま す 。					
通 報 先	第 1	住所	岩国市	続柄	
		氏名		電話 番号	
	第 2	住所	岩国市	続柄	
		氏名		電話 番号	
非常時 連絡先	住所		続柄		
	氏名		電話 番号		
民 生 委 員				電話番号	
福 祉 員				電話番号	

※太線内のみ記入してください。