

年 月 日

(宛先)野田市長

住所  
氏名  
申請者 利用者との続柄( )  
電話番号

野田市ひとり暮らし高齢者等緊急  
通報システム利用申請書

次のとおり、野田市ひとり暮らし高齢者等緊急通報システムの利用について申請します。

利用者	住所			電話番号	( )	血液型	
	氏名		生年月日		年 月 日	男・女	
緊急連絡先	住所						
	氏名		電話番号		関係		
親族	住所						
	氏名		電話番号		続柄		
民生委員	住所		電話番号				
	氏名		担当地区				
関係医療機関	住所		電話番号				
	名称		医師名				
加入保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護						
身体状況							
住宅の状況	<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 借家						
	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 中高層住宅( 階) <input type="checkbox"/> アパート						
	<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> モルタル <input type="checkbox"/> 鉄筋						
所得税課税の有無	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税						
加入電話の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し						

注 該当する□にレ点を付けてください。