白子町緊急通報装置貸与申請書白子町緊急通報装置貸与申請書

年　　月　　日

　　　白子町長　　　　　様

（住所）

申請者　（氏名）　　　　　　　　印

（電話）

　　緊急通報装置の貸与を受けたいので、白子町緊急通報装置貸与事業実施要綱第４条第１項の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利　用　者 | ふりがな |  | 性別 | 男・女 | 血液型 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 緊急連絡先 | 住所 |  | 電話番号 |  |
| ふりがな氏名 |  | 利用者との続柄 |  |
| 主　治　医 | 住所 |  | 電話番号 |  |
| 名称 |  | 医師名 |  |
| 診療科 |  | 患者番号 |  |

　同　　意　　書

緊急通報装置の貸与に係る資格確認のため、白子町が保有する公簿等により、本人及び世帯員の住民登録並びに町税及び介護保険料の課税・収納状況並びに日中独居者に係る申請の場合は医師の診断内容について、調査することに同意します。

　また、次年度以降の貸与資格等の確認のための調査についても同意します。

　　　　　　　　　　　　　　氏名