

大山崎町緊急・相談通報体制整備事業申請書

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (満 歳)	
住所 (設置場所)	大山崎町字 小字 電話 () -			
区分	1. 高齢者のみ 2. 未成年者又は身体障害者と同居 3. その他			
所得の状況	1. 生活保護受給者 2. 非課税世帯 3. 課税世帯			
緊急 連絡先		氏名	続柄	住所・電話番号
	1			() -
	2			() -
	3			() -
かかりつけ の医療機関	医療機関名 () 電話番号 (- -) 医療機関名 () 電話番号 (- -)			
利用を希望 する理由	----- -----			
<p>大山崎町緊急・相談通報体制整備事業実施要綱第5条の規定により、緊急・相談通報体制整備事業を利用したいので、上記のとおり申請します。 なお、審査のため、町が私の家族構成、税の情報および介護保険の情報等について、調査・確認することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 大山崎町長 様</p> <p>申請者 住所 大山崎町字 小字 氏名 ㊟</p>				

※ I P電話 (050 で始まる電話番号)・携帯電話やモデム等がついている場合は、取り付けができない場合があります。また、マンションによっても取り付けできない場合があります。