

様式第1（第5条関係）

美浜町高齢者等見守り機器貸与事業利用申請書

令和〇年△月□日

美浜町長

申請者 住所 **武豊町長尾山〇〇番地**
 氏名 **美浜 太郎**
 続柄 本人・配偶者・（ **長男** ）
 電話番号 **(090) - 1111 - 1111**

実際に申請される方の
情報を記入します

次のとおり申請します。

用	フリガナ	ミハマ ハナコ	生年月日	T (S) 〇年△月□日	
	氏名	美浜 花子			
	住所	<input type="checkbox"/> 同上	〒 470-2492 美浜町大字河和字北田面 106 番地		
者	番号	<input type="checkbox"/> 同上	(0569) - 82 - 1111		性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	つけ機関	みはま病院		診療科等	整形外科
	要件	<input checked="" type="checkbox"/> 65歳以上のひとり暮らし <input type="checkbox"/> 75歳以上のみのひとり暮らし <input type="checkbox"/> その他町長が特別に指定する者			
緊急連絡先					
①	フリガナ	ミハマ タロウ	続柄	電話番号 自宅 0569-11-1111 携帯電話 090-1111-1111 ※メールアドレス chonan@gmail.com	
	氏名	美浜 太郎			
	住所	〒 111-1111 武豊町長尾山〇〇番地			
②	フリガナ	ミハマ シロウ	続柄	電話番号 自宅 0569-22-2222 携帯電話 090-2222-2222 ※メールアドレス zinan@gmail.com	
	氏名	美浜 二郎			
	住所	〒 222-2222 半田市東陽町〇〇番地			

機器を利用される方の
情報を記入します

かかりつけの医療機関が無い場合は
空欄でも結構です

出来るだけ2件とも
記入してください。

※メールアドレスは希望者のみご記入ください

裏面（電話番号登録者一覧）へ続く

電話番号登録者一覧

- 例) ・緊急連絡先以外の家族、知人等
- ・かかりつけの医療機関、薬局等
 - ・地域包括支援センター、介護支援事業所等
 - ・民生委員 など

No.	登録者氏名	続柄	電話番号
-	美浜町役場		(0569) - 82 - 1111
1			() - -
2			
3			
4			
5			
6			
7			() - -
8			() - -

こちらに登録した番号のみ、架電、入電が可能です。

※市外局番は必ず記入してください。

※登録内容を変更する場合は、変更届を提出してください。