様式第３号（第５条関係）

緊急通報装置変更届

年　　　月　　　日

　十日町市長　様

緊急通報体制等整備事業の設置内容について、次のとおり変更しますので届け出ます。

**※変更が必要な箇所の □ に レ 点をつけ、変更事項を記入してください。**

◎利用（届出）者及び同居者について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | 利用(届出)者 | フリガナ |  | （ 男 ・ 女 ） |
| 氏　名 | 　 |
| 住 所 | 十日町市　 | 行政区 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　（　　　　歳　） |
| 電話番号 | 　　　　　 | 携帯 | 　　　　　　　　 |
| □ | 同居者 | フリガナ |  | 生 年 月 日 | 続　柄 |
| 氏　名 | （男・女） | 年　　月　　日 |  |
| フリガナ |  | 生 年 月 日 | 続　柄 |
| 氏　名 | （男・女） | 年　　月　　日 |  |

◎利用者の既往症について

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | 既往症 | 病　名 |  | 血液型 |  |
| 主治医師名 |  | 病・医院名 |  |
| 医療機関電話番号 |  |

◎緊急の場合に連絡をする親族について

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | 親族連絡先 | 第１連絡先 | フリガナ |  | 電　話　番　号 |
| 氏　名 |  |  |
| 住　所 |  | 続柄 |  |
| 第２連絡先 | フリガナ |  | 電　話　番　号 |
| 氏　名 |  |  |
| 住　所 |  | 続柄 |  |

**※変更が必要な箇所の □ に レ 点をつけ、変更事項を記入してください。**

**※協力員の方には同意事項に自署にて署名、押印をお願いいたします。**

◎協力員について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | **第１協力員** | フリガナ | 　 |
| 氏　名 | （　男 ・ 女　） |
| 住 所 | 十日町市 | 行政区 |  |
| 電話番号 |  | 利用者宅までの距離 | 約　　　　ｍ |
| 同意事項　 | 上記　緊急通報利用者の協力員になることに同意いたします。また、関係機関に　　　協力員情報を開示・登録することに同意いたします。　　　　　　※署名又は記名押印　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
|  |
| □ | **第２協力員** | フリガナ | 　 |
| 氏　名 | （　男 ・ 女　） |
| 住 所 | 十日町市 | 行政区 |  |
| 電話番号 |  | 利用者宅までの距離 | 約　　　 ｍ |
| 同意事項　 | 上記　緊急通報利用者の協力員になることに同意いたします。また、関係機関に　　　協力員情報を開示・登録することに同意いたします。　　　　　　※署名又は記名押印　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
|  |
| □ | **第３協力員** | フリガナ | 　 |
| 氏　名 | （　男 ・ 女　） |
| 住 所 | 十日町市 | 行政区 |  |
| 電話番号 |  | 利用者宅までの距離 | 約　　　 ｍ |
| 同意事項　 | 上記　緊急通報利用者の協力員になることに同意いたします。また、関係機関に　　　協力員情報を開示・登録することに同意いたします。　　　　　　※署名又は記名押印　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |