

町田市高齢者あんしんキーホルダー登録申請書

登録日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日		
登録者氏名			年	月	日
住所	〒 - マンション名、アパート名、部屋番号までご記入ください				
連絡先	自宅 ()	—	携帯 ()	—	

緊急連絡先①	フリガナ		続柄 :	
	氏名			
	住所			
	連絡先	自宅 ()	—	携帯 ()

緊急連絡先②	フリガナ		続柄 :	
	氏名			
	住所			
	連絡先	自宅 ()	—	携帯 ()

上記内容を申請するとともに、本事業の目的に基づき病院・警察その他の公共機関から緊急時の連絡を受けたときは、登録者に係る登録事項を提供することに同意します。
 (本人が署名できない場合は、本人の了解を得て家族等が本人署名欄を代筆の上、代筆者氏名も記入してください。)

本人署名 代筆者署名 (続柄)

以下記入事項については、記入にご同意いただける場合のみご記載ください。

かかりつけ医療機関	①病院名:	②病院名:
	主治医: 科 医師	主治医: 科 医師
	電話番号: ()	電話番号: ()
病歴・アレルギー・その他伝えたいこと	認知症の有無	
	有・無・疑い	

ここから下は、高齢者支援センターが記入します。

備考	受付担当者名 :	登録番号	收受印欄

記入例

町田市高齢者あんしんキーホルダー登録申請書

登録日 2018 年 3 月 29 日

フリガナ	マチダ マチエ	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日
登録者氏名	町田 町枝		昭和〇〇年 〇月 〇日
住所	〒 194 - 8520 マンション名、アパート名、部屋番号までご記入ください 町田市森野2-2-22 〇〇マンション202		
連絡先	自宅 (042) 123 - 4567 携帯 () -		

緊急連絡先① 連絡のつきやすい方から順に記入してください	フリガナ	マチダ イチロウ	続柄 : 長男
	氏名	町田 一郎	
	住所	八王子市〇〇〇	
	連絡先	自宅 () - 携帯 (090) 1234 - 5678	
緊急連絡先②	フリガナ	マチダ ニロウ	続柄 : 次男
	氏名	町田 二郎	
	住所	神奈川県横浜市〇〇〇	
	連絡先	自宅 () - 携帯 (080) 1234 - 5678	

上記内容を申請するとともに、本事業の目的に基づき病院・警察その他の公共機関から緊急時の連絡を受けたときは、登録者に係る登録事項を提供することに同意します。
(本人が署名できない場合は、本人の了解を得て家族等が本人署名欄を代筆の上、代筆者氏名も記入してください。)

本人署名 町田 町枝 代筆者署名 _____ (続柄 _____)

以下記入事項については、記入にご同意いただける場合のみご記載ください。

かかりつけ医療機関	①病院名: 〇〇病院	②病院名:
	主治医: 〇〇科 〇〇 医師	主治医: _____科 医師
	電話番号: 042 (123) 5678	電話番号: ()
病歴・アレルギー・その他伝えたいこと	高血圧症 卵アレルギー、ロキソニンアレルギー ペースメーカーを使用している。	認知症の有無
		有・無・ <input checked="" type="radio"/> 疑い

ここから下は、高齢者支援センターが記入します。

備考	受付担当者名 :	登録番号	收受印欄
		-	