様式第２号

Ｎｅｔ１１９緊急通報システム登録内容変更（解除）申請書

年　月　日

　（宛先）幸田町長

（届出者）住所

 氏名

 利用登録者との続柄

　Ｎｅｔ１１９緊急通報システムについて、登録内容変更（解除）がありますので、次のとおり申請します。

* **申請の理由（該当する内容を〇印で囲んでください。）**

|  |
| --- |
| 登録内容変更※　　　　　　**・**　　　　　　登録解除 |

※登録内容変更の場合、以下を記入してください。

* **基本情報（変更する項目のみ記入してください。）**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  |
| 性別 | 男性　　　**・**　女性 |
| 生年月日 | 昭和　・　平成　・　令和　　　年　　月　　日 |
| メールアドレス | ＠ |
| 住所 | 　 |
| 住所備考 | 例）オートロックの暗証番号など |
| 電話番号 | ―― |
| ＦＡＸ番号 | ―　　　　　　　　　　　　― |
| 障がい内容 |  |
| 備考 |  |

* **緊急連絡先（変更する項目のみ記入してください。）**

通報時に救急隊や病院に伝えることがあります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 本人との関係 | 電話番号 | ＦＡＸ番号 |
| 氏　　名 | メールアドレス |
| 住　　　　　所 |
|  |  | －　　　　　－ | －　　　　　－ |
|  | ＠ |
|  |
|  |  | －　　　　　－ | －　　　　　－ |
|  | ＠ |
|  |

備考　事前に緊急連絡先として登録される方から同意を得てください。

* **よく行く場所（変更する項目のみ記入してください。）**

自宅以外でよく行く場所（勤務先や学校など）があれば記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名　 　称 | 住　　　　所 | 備　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **医療情報（変更する項目のみ記入してください。）**

持病や今までにかかった重い病気、かかりつけの病院などがあれば記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 血液型 | Ａ　／　Ｂ　／　Ｏ　／　ＡＢ　（ＲＨ： ＋ ／　－　／　不明） |
| 持病 |  |
| 常用薬 |  |
| アレルギー |  |
| 医療機関 |  |
| 備考 |  |