|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 令和　〇　年　〇　月　〇　日 |

姶良市長　　殿

別記様式（第４条・第６条関係） 【記入例】

Ｎｅｔ１１９緊急通報システム利用登録・変更・廃止申請書

どちらかに〇

**申請者が代理人の場合のみ記入**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者の別 | 本人 | ・ | 代理人 |
| 代理人の住所 | 姶良市宮島町○○番地 |
| 代理人の氏名 | 消防　太郎 |
| 代理人と申請者の関係 | 父、息子etc |
| 代理人の連絡先電話番号 | ０９０－○○○○－×××× |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請種別※1 | □ | 利用登録の申込み | □該当するものに〇 | 記載事項の変更 | □ | 利用登録の廃止 |

Ｎｅｔ１１９緊急通報システム登録規約に同意の上で申請します。

どちらかに〇

いずれかにチェック

1. 【 必須 】　利用登録情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | あいら　　たろう | 性　 別※2 | 男　 ・ 　女 |
| 氏名 | 姶　良　　太　郎 | 生年月日※2 | 大正 ・ 昭和 ・ 平成　〇年　　〇月　　〇日生 |
| 住所 | 〒 | ８９９－〇〇〇〇 |  |
| 姶良市加治木町木田〇〇〇〇番地 |
| FAX番号 | ０９９５－６２－００００ | 電話番号※3 | ０９９５－６２－〇〇〇〇 |
| 携帯電話番号 | ０９０－〇〇〇〇－×××× |
| メールアドレス | aira×××＠×××.jp |
| 障がい内容又は申請理由 | 例）聴覚障害例）難聴、喘息発作時に会話困難 |
| 変更内容 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |

1. 【 任意 】　緊急連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | あいら　　じろう | 登録者との関係 | 父、息子etc |
| 氏名 | 姶　良　　次　郎 |
| 住所 | 〒 | ８９９－〇〇〇〇 |
| 姶良市宮島町○○番地 |
| 電話番号又は | ０９０－〇〇〇〇－×××× |
| 携帯電話番号 |

※1　申請種別の欄は、該当項目の□部分に✔チェックを入れてください。

※2 申請者の別・男女・和暦の欄は、該当するものを○で囲んでください。

※3　電話番号は、メールやFAXで連絡がつかない場合に使用しますので任意です。



1. 【任意】よく行く場所

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 | ○○会社　 |
| 住所 | 姶良市加治木町木田○○番地 |
| 備考 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 住所 |  |
| 備考 |  |

該当するものに〇

1. 【任意】医療情報

持病やいま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下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 血液型 | A　／　B　／　O　／　AB（RH　：　＋　／　－　／　不明） |
| 持病 | 糖尿病・高血圧症etc |
| 常用薬 | ○○○○×××× |
| アレルギー | なし |
| 医療機関 | ○○病院 |
| 備考 | 月1回インスリン投与のため通院 |