

富士市認知症高齢者探索事業利用登録申請書

年 月 日

(あて先) 富 士 市 長

(申請者)

住 所: 富士市

氏 名:

(本人との関係:)

電話番号: -

私は、このサービスを受けるに当たり、本人及び私の属する世帯の税務状況、その他申請に必要な情報を市が調査することに同意いたします。

本人	ふりがな		身長	性 別	生 年 月 日			
	氏 名		cm	男・女	明・大・昭	年	月	日 (歳)
	住 所	電話 -						
課税状況		対象者及び本人の世帯が市民税 課税 ・ 非課税						
世帯の状況	氏 名	続柄	年齢	備考	氏 名	続柄	年齢	備考
緊急連絡先	順位	氏 名	続柄	住 所	電 話 番 号			
	第1位				() - 携帯:			
	第2位				() - 携帯:			
	第3位				() - 携帯:			
希望する理由								
オプション希望 ※希望する()に○をつけてください。		()セコム通報あり + セコムコールあり ()セコム通報あり + セコムコールなし ()セコム通報なし + セコムコールなし						
備 考								

暗証番号 (登録番号)				
----------------	--	--	--	--