

伺	障害福祉課	課長	補佐	課員	担当
	システム利用を決定してよろしいか伺います。				

重度障害者緊急通報装置システム利用申請書

年 月 日

(あて先)金沢市長

届出人 住所

氏名

(電話)

利用者	氏名		生年月日	M. T. S. H 年 月 日
	住所	〒 金沢市 (方書) 電話 —		
	身体障害者手帳	県・市 第 号 (種 級)	交付日 年 月 日交付	
	障害名			
かかりつけの医療機関	名称			主治医氏名
	住所	電話 —		
	氏名	住所	連絡先(電話)	
家族身内	(署名又は記名押印) 続柄()			
協力員	(署名又は記名押印) 続柄()			
	(署名又は記名押印) 続柄()			
	(署名又は記名押印) 続柄()			

- ヘルパー訪問日 毎週 曜日 時～ 時まで
- 訪問看護訪問日 毎週 曜日 時～ 時まで
- 手話などのコミュニケーション手段が必要 (あり ・ なし)
- ありの場合の必要手段 ()
- その他 ()

※協力員は2名以上必要です。
日常生活用具給付・修理申請書とあわせて提出してください。