

緊急連絡先登録 申請書

申請者	氏名		連絡先	
			対象者との続柄	
	住所			

●対象者①

対象者の状況	□在宅（必須）	□75歳以上のみ世帯 □身障1、2級（上下肢・聴覚・視覚）		
		□精神障がい1級 □知的障がいA □要介護3以上 □医療的ケア		
		□その他（ ）相談支援事業所名（ ）		
対象者	氏名		連絡先	
	住所			
	留意事項			

●対象者②

対象者の状況	□在宅（必須）	□75歳以上のみ世帯 □身障1、2級（上下肢・聴覚・視覚）		
		□精神障がい1級 □知的障がいA □要介護3以上 □医療的ケア		
		□その他（ ）相談支援事業所名（ ）		
対象者	氏名		連絡先	
	住所			
	留意事項			

●緊急連絡先（※優先順位は目安です）

優先順位	氏名	続柄	住所・市町村名	電話番号など連絡先
1				
2				
3				

●個人情報の取り扱いについて ☒必須

下記を確認のうえ、申請してください。下記に了承のない場合は、申請の受付ができません。

☐	柳川市が行う見守り活動に役立てるため、市の関係部署、在宅介護支援センター、市社会福祉協議会、地区社協、柳川警察署、民生委員児童委員、行政区長、福祉委員へこの申請書に記載の情報を提供することに同意します。
☐	柳川市やその他関係機関が緊急事態を把握した場合にのみ、必要に応じて連絡があることを了承します。
☐	登録内容に変更がある場合、速やかに柳川市福祉課に連絡します。

※聴覚に障がいがある方は、連絡先にFAX、メールをご記入ください。※福祉課LINE登録も別途あります。