

緊急連絡先登録 申請書

●申請者 ※本人または親族に限る

氏名		連絡先	
		対象者との続柄	
住所			

●対象者

対象者の状況	<input type="checkbox"/> 在宅（必須）	<input type="checkbox"/> 75歳以上のみ世帯 <input type="checkbox"/> 身障1、2級（上下肢・聴覚・視覚）	
		<input type="checkbox"/> 精神障がい1級 <input type="checkbox"/> 知的障がいA <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 医療的ケア	
		<input type="checkbox"/> その他()	
氏名	<input type="checkbox"/> 同上	連絡先	<input type="checkbox"/> 同上
		携帯電話	<input type="checkbox"/> 同上
住所	<input type="checkbox"/> 同上 柳川市	生年月日	年 月 日
留意事項			

●緊急連絡先（申請前に登録のことをお伝えください）

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 ※下記3つ全てにチェック

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必要に応じて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登録もあります。