

様式第2号(第4条関係)

緊急通報システム登録カード

ID(地図)		業者		申請日	・	・	設置日	・	・	撤去日	・	・
フリガナ氏名			性別	男女	生年月日		年	月	日	電話番号		
住所	伊勢崎市				住居の種類等 部屋番号等	市営・県営・アパート・その他() 階 号室						
フリガナ 連絡先親族氏名		続柄	住所	〒						電話番号		
民生委員氏名 (代表協力員)			住所	伊勢崎市						電話番号		
協力員	順位	フリガナ氏名	住所						電話番号			
	1											
	2											
担当介護支援専門員			所属					所属電話番号				
かかりつけ病院		電話	主治医	主な病気				血液型	/RH			
医療保険名	国保・社保・後期高齢・その他()			医療保険番号				介護保険者証 被保険者番号				
障害程度	種	級	特記事項									