

高齢者救急通報システム異動（消滅）届

年 月 日

武蔵村山市長 殿

住所
届出者 氏名 _____
(対象者との続柄：)
電話 ()

下記のとおり救急通報システムの { 申請内容が変更になった
利用資格が消滅した } ので届け出ます。

記

| | | | |
|----------|--|-------|-------|
| 利用者 | 氏 名 | | |
| | 住 所 | | |
| 異動内容 | <input type="checkbox"/> 住 所 <input type="checkbox"/> 氏 名 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> そ の 他 | 変 更 前 | 変 更 後 |
| | | | |
| | <input type="checkbox"/> 利用資格の消滅 | (理由) | |
| 異動が発生した日 | | 年 月 日 | |

備考 各項目の該当する□内に☑印を付けてください。