

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。