

令和〇年 〇月 〇日

伊達市長

郵便番号960-0692

申請者 住 所伊達市保原町字舟橋180
氏 名伊達 政男（利用者との続柄：長男）
電話番号 024-575-〇〇〇〇

決定通知送付先となるため、利用者または親族の情報を記入してください。

次のとおり変更（資格喪失）したので、伊達市緊急通報装置貸与事業実施要綱第10条の規定により届け出ます。

利用者	氏 名	伊達 桃子	生年月日	昭和 13 年	5 月	29 日
	住 所	伊達市保原町字舟橋180				
変更・資格喪失の事由が発生した日			令和〇年 〇月 〇日			

【変更】該当するものに○をつけてください。

利用者	内 容	住所 電話番号 医療機関 居宅介護支援事業所 その他（ ）				
	変更前					
	変更後					

緊急 連絡先 1 ・ 2 ・ 3	変更前	氏 名					
	変更後	フリガナ		男・女	電話番号 1	()	—
		氏 名			電話番号 2	()	—
		生年月日	年 月 日			関 係	
		住 所	〒				

協力員 1 ・ 2	変更前	氏 名					
	変更後	フリガナ		男・女	電話番号 1	()	—
		氏 名			電話番号 2	()	—
		生年月日	年 月 日			関 係	
		住 所	〒			駆付時間	分

緊急通報 装置	変更前	☐ 固定型	☐ 携帯型	装置を利用しない理由を記入してください。
	変更後	☐ 固定型	☐ 携帯型	

【資格喪失】該当するものに○をつけてください。

資格喪失の事由	1 本市の住民でなくなった 2 死亡した 3 施設等に入所した（施設名 ） 4 その他（長男が退職し、日中も利用者と一緒に過ごすようになったため。）
---------	---