

第4号様式（第5条第1項）

緊急通報装置貸与調査書

申請年月日		年 月 日		貸与番号		第 号			
対象者	フリガナ氏名						性別	男・女	
	生年月日		年 月 日				年齢	歳	
	住所								
	目標物				電話番号				
	医療保険	種類	国保・社保・後期・その他		記号・番号				
		保険者名			保険者番号				
	既往症						血液型	型	
	医療機関	名称			主治医			診療科目	科
		住所			電話番号			夜間対応	有・無
		名称			主治医			診療科目	科
住所				電話番号			夜間対応	有・無	
世帯の状況	氏名	対象者の続柄	生年月日	職業	備考				
親族の状況	氏名	住所	対象者の続柄	年齢	電話番号	備考			

※太線の枠内について記入をお願いします。