

枚方市長

(申出者)氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____ - _____

続 柄 本人・その他(_____)

ひらかた高齢者SOSキーホルダー記載内容変更申出書

キーホルダー NO. (_____)

変更年月日： 令和 年 月 日				
変更内容 該当する内容にチェックしてください。				
<input type="checkbox"/> 対象者氏名 <input type="checkbox"/> 対象者住所 <input type="checkbox"/> 対象者電話番号 <input type="checkbox"/> 対象者区分 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> その他(_____)				
下記については、変更する内容を記載してください。 <div style="text-align: right;">※ 変更しない内容は記載しないでください。</div>				
対象者	ふりがな 氏 名		生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
	住 所	枚方市		
	電話番号	自宅： - - 携帯電話： - -		
	<input type="checkbox"/> 年齢が65歳以上である。 <input type="checkbox"/> 年齢は40～64歳であるが、認知症状等がある。 <input type="checkbox"/> その他(_____)			
緊急連絡先	名 前	続柄(_____)	電話番号	- -
	名 前	続柄(_____)	電話番号	- -

以下は記入しないでください。

枚方市及び地域包括支援センター（高齢者サポートセンター）記入欄

キーホルダー NO. ()

受付（配付） 場 所	<input type="checkbox"/> 健康福祉総合相談課 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター ()		
受付（配付） 担当者氏名			
受付年月日	令和 年 月 日	配付年月日	令和 年 月 日
配付方法	<input type="checkbox"/> 対象者に手渡し <input type="checkbox"/> 申込者に手渡し <input type="checkbox"/> 対象者に郵送済 <input type="checkbox"/> その他 ()		
備 考	<input type="checkbox"/> 健康福祉総合相談課から (対象者 ・ 申込者) に郵送を希望		
	<input type="checkbox"/> 枚方市徘徊高齢者（行方不明者）SOSネットワーク登録者		