

年 月 日

刈谷市長

申請者 住 所

氏 名

(対象者との続柄)

電話番号 — —

※自署又は記名押印してください。

下記のとおり申請します。

記

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	住 所	<input type="checkbox"/> 同上			
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 同上			
	血 液 型		アレルギー		
	持 病				
	手帳等級		障 害 名		
	同 居 人				
ご利用電話会社	<input type="checkbox"/> NTT (通常のNTTの電話回線) <input type="checkbox"/> ADSL (NTT, YAHOO等) [会社名] <input type="checkbox"/> 光電話 (NTT, TEPCO等) [会社名] <input type="checkbox"/> ソフトバンク (旧日本テレコム) おとくライン <input type="checkbox"/> その他 ()				
かかりつけ医療機関名 (※1ヵ所は夜間対応が可能なもの)	電話番号	診療科等			
備 考					

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

刈谷市長

申請者 住 所 刈谷市東陽町1丁目1番地

氏 名 刈谷 太郎

(対象者との続柄 長男)

電話番号 〇〇〇〇 — 〇〇 — 〇〇〇〇

※自署又は記名押印してください。

下記のとおり申請します。

記

対象者	フリガナ	カリヤ ハナコ		生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	氏 名	刈谷 花子			
	住 所	<input type="checkbox"/> 同上	刈谷市〇〇町〇丁目〇番地		
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 同上	〇〇〇〇 — 〇〇 — 〇〇〇〇		
	血 液 型	A型		アレルギー	そば、花粉症
	持 病	糖尿病、高血圧、脳梗塞 (既往)			
	手帳等級	(*) 身体障害者手帳2種3級		障 害 名	(*) 視覚障害
	同 居 人	刈谷 次郎		↑ (*) の部分は手帳所持者のみ記入	
ご利用電話会社	<input checked="" type="checkbox"/> NTT (通常のNTTの電話回線) <input type="checkbox"/> ADSL (NTT, YAHOO等) [会社名 _____] <input type="checkbox"/> 光電話 (NTT, TEPCO等) [会社名 _____] <input type="checkbox"/> ソフトバンク (旧日本テレコム) おとくライン <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
かかりつけ医療機関名 (※1ヵ所は夜間対応が可能なもの)		電話番号		診療科等	
<input type="checkbox"/> 〇〇病院		〇〇〇〇—〇〇—〇〇		内科	
<input checked="" type="checkbox"/> △△医院		〇〇〇〇—〇〇—〇〇		泌尿器科	
備 考					