

高齢者 救急直接通報 システム利用資格変更（消滅）届  
住宅火災直接通報

瑞穂町長 へ

年 月 日

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

下記のとおり、高齢者 救急直接通報報 システム 申請の内容が変更になった  
住宅火災直接通報 利用資格が消滅した  
ので、届け出ます。

記

| 利用者氏名  | 決定番号   |     | 号 |
|--|--|-----|---|
| 変更事項<br><input type="checkbox"/> 住所<br><input type="checkbox"/> 氏名<br><input type="checkbox"/> 協力員<br><input type="checkbox"/> その他 | 変更前  | 変更後 |   |
|  |  |     |   |
| 消滅事項<br><input type="checkbox"/> 資格消滅  | <input type="checkbox"/> 転出<br><input type="checkbox"/> 死亡<br><input type="checkbox"/> 長期入院等（施設名 _____）<br><input type="checkbox"/> 辞退 |     |   |
| 変更消滅年月日  | 年 月 日  |     |   |