

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	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 協力員 <input type="checkbox"/> その他	変更前	変更後
消滅事項	<input type="checkbox"/> 資格消滅	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 長期入院等（施設名 _____） <input type="checkbox"/> 辞退	
変更消滅年月日	年 月 日		