

(注) 申請者は記入しないでください。

高崎市高齢者世帯買い物SOSサービス利用申請書

申込日	年 月 日	
住所	〒 ー 高崎市	
電話番号	自宅 () ー 、 携帯 () ー	
	世帯主	世帯員 ※
ふりがな		
氏名		
生年月日	大正 年 月 日 昭和	大正 年 月 日 昭和
年齢	満 才	満 才
持病について ※該当するものに○	胃腸病・高血圧・高脂血症・神経痛・肝臓病・ 腎臓病・心臓病・糖尿病・ぜん息・腰痛・痛風・ その他 ()・持病なし	胃腸病・高血圧・高脂血症・神経痛・肝臓病・ 腎臓病・心臓病・糖尿病・ぜん息・腰痛・痛風・ その他 ()・持病なし
個人情報 取扱同意書 ※確認後に自署ください	<p>本サービスにおける対象者要件確認のために必要があるときは、その必要な限りにおいて、市が保有する私及び私の世帯員の個人情報を閲覧することに同意します。</p> <p>また、事業の適正な実施のために受託事業者等の関係者間で必要な個人情報を共有することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>世帯主署名 _____ 世帯員署名 _____</p>	

※世帯員が複数人いる場合は、この用紙をコピーしてお使いください。

提出方法：FAX、郵送又は持参

※電話又はインターネットによる登録の場合は提出不要

提出先：〒370-0829

高崎市高松町 5-28 高崎市保健所 保健医療総務課

電話 027-381-6111 FAX 027-381-6124

登録用URL

https://apply.e-tumo.jp/city-takasaki-gunma-u/offer/offerList_detail?tempSeq=15014



こちらから登録できます