

安中市高齢者等緊急情報配信サービス 登録申請書

申請区分を選択してください

緊急情報配信サービスについて、利用規約（裏面）に同意し、下記のとおり申請し、登録後に発生した変更が生じた場合、登録を廃止する場合には、市へ報告します。

|      |                                                                                                |                                                    |                                                   |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 申請日  | 令和 7年 1月10日                                                                                    |                                                    |                                                   |
| 申請区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止 |                                                    |                                                   |
|      | フリガナ                                                                                           | ボウサイ タロウ                                           |                                                   |
|      | 氏 名                                                                                            | 防災 太郎                                              |                                                   |
| 申請者  | 登録住所                                                                                           | 安中市安中1-23-13                                       |                                                   |
|      | 登録種別<br>※電話かFAX、どちらかひとつを選択                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 電話<br>※右の理由を選択 | <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者（65歳以上である） |
|      |                                                                                                | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（視覚障害）の交付を受けている    |                                                   |
|      | <input type="checkbox"/> FAX<br>※右の理由を選択                                                       | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（聴覚障害）の交付を受けている    |                                                   |
| 登録番号 | 027-382-1111                                                                                   |                                                    |                                                   |

申請理由を選択してください

どちらか1つを選択してください

選択した登録種別（電話・FAX）の番号を記入してください

代理人が申請する場合は、必ず記入してください

※ 代理人欄は、代理人が申請する場合のみ記入してください。

|     |     |              |         |    |
|-----|-----|--------------|---------|----|
| 代理人 | 氏 名 | 防災 一郎        | 申請者との関係 | 長男 |
|     | 連絡先 | 027-382-0000 |         |    |

市役所使用欄

|          |            |            |  |            |  |
|----------|------------|------------|--|------------|--|
| 受付印（受付課） | 収受印（危機管理課） | 説明書<br>交 付 |  | 要 件<br>確 認 |  |
|          |            | 登録者        |  | 確認者        |  |
|          |            | 登録日        |  | 確認日        |  |
|          |            | 行政区        |  |            |  |
|          |            | 備 考        |  |            |  |