

（あて先）小松市長

（申請者）
 住 所
 氏 名
 （利用者との続柄）
 電話番号

令和6年能登半島地震に伴う被災者見守り対策強化事業利用申請書

令和6年能登半島地震に伴う被災者見守り対策強化事業の利用を申請します。

利 用 者	住 所	〒			
	ふりがな 氏 名		電 話 番 号		
	生 年 月 日	年 月 日	血 液 型		型
	かかりつけ病院		病院の電話番号		
	既 往 歴				
	障がいの状態				
同 居 人	氏 名		年 齢 歳	続 柄	
同 居 人	氏 名		年 齢 歳	続 柄	
同 居 人	氏 名		年 齢 歳	続 柄	
世 帯 員 数	人				
※利用者の他に世帯員がいる場合の申請理由 （他の世帯員は就労しているため、申請者が仮設住宅等に一人になる時間が長いなど。）					
居 宅 の 状 況	<input type="checkbox"/> 応急仮設住宅（建設型） <input type="checkbox"/> 賃貸型応急住宅 <input type="checkbox"/> 公営住宅				
緊 急 連 絡 先 (1)	ふりがな		電 話 番 号		
	氏 名		本 人 と の 関 係		
	住 所	〒			
緊 急 連 絡 先 (2)	ふりがな		電 話 番 号		
	氏 名		本 人 と の 関 係		
	住 所	〒			