様式第９号　　　　　　　　ひとり暮らし高齢者等緊急通報システム利用廃止届

（あて先）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　年　　　月　　　日

仙　台　市　長

氏　名　　　　　　　　　　　　続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

緊急通報システムの利用廃止をしたいので，届け出いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  ※ID番号 |  　氏　名 |    |
| 住　所 | 仙台市　　　　　　　　　　区 |
| 廃止の理由 | □施設入所　　　　□長期入院　　　　□市外転居　　　　□本人逝去□その他　　 |
| 撤去希望日時 | 第１希望　　　　　　年　　月　　日　　　　　午前　　　　　午後第２希望　　　　　　年　　月　　日　　　　　午前　　　　　午後第３希望　　　　　　年　　月　　日　　　　　午前　　　　　午後 |
| 立　　会　　者 | 氏　名　　　　　　　　　　　　　　続　柄　　　　　　連絡先　　　　 　　　　 |
| 備考 |  |

　※ＩＤ番号の記入は必要ありません。

　※電話回線の休止等に伴う通信会社への必要手続きについては，利用者にて行ってください。