

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)
仙 台 市 長

年 月 日

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	<input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> 市外転居 <input type="checkbox"/> 本人逝去 <input type="checkbox"/> 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。