

# Net119緊急通報登録申請書

年 月 日

有田川町消防長 様

申請者 住 所

氏 名

印

登録者との関係( )Tel - -

次のとおり申請します。

登録者	住 所	〒 - 有田川町大字		
	ふりがな		生年月日	性別
	氏 名	印	大・昭 年 月 日 平・令 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
障害区分	<input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能 <input type="checkbox"/> その他( )			
連絡先(注1)				
受付欄	通信指令課登録欄			
	・障害者手帳 <input type="checkbox"/>  代理申請の場合 ・申請者確認書類 <input type="checkbox"/>			

注1 連絡先には普段持ち歩き、Net119を使用する携帯端末のメールアドレスを記入してください。

※ 利用対象者は聴覚、言語機能に障害があり、音声による119番通報が困難で障害者手帳が交付されており、有田川町に住所のある方です。申請時には障害者手帳をご持参ください。代理申請の場合は申請者の本人確認書類も必要です。音声による通報が可能な方は音声による119番通報をご利用ください。

※ 申請時、登録するスマートフォン等をご持参いただければ、入力サポートが可能です。