様式第１号（第４条関係）

救急医療情報キット配布申請書

　　年　　月　　日

かすみがうら市長

申請者

住所

氏名

電話番号

配布対象者との続柄

　緊急医療情報キット配布事業実施要綱第４条の規定によりキットの配布を受けたいので、次のとおり申請します。

　なお、この申請によりキットの配布を受けた本人等の同意を得ることなく、保管容器に入っている救急医療情報を緊急時に限り、市消防本部の救急隊員等が活用することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配布対象者 | | |
| 住所  かすみがうら市 | 電話番号  　　　　　　（　　　　） | |
| フリガナ | 個人番号 | 性別 |
| 氏名 | 生年月日 |
|  |  | 男・女 |
|  |  |
|  |  | 男・女 |
|  |  |
|  |  | 男・女 |
|  |  |
| 申請事由 | | |
| 該当する事由の番号に○をつけてください。  １　ひとり暮らしの６５歳以上の者  ２　６５歳以上の者のみの世帯に属する者又はこれに準じる者  ３　心身に重度の障害がある者のみの世帯に属する者又はこれに準じる者  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |