様式第２号（第４条関係）

緊急医療情報キット配布申請書

年　　月　　日

　森町長　　　太田　康雄　様

　救急医療情報キットの配布を受けたいので、次のことに同意した上で申請します。

１　救急医療情報キットに保管されている情報について、救急隊員、医療機関及び行政

　関係機関等が、救急活動に活用すること。

２　救急医療情報キットに保管する内容は、必要に応じて更新するとともに、救急医療

　情報キットを善良に管理し、譲渡したり貸し付けたりしないこと。

３　救急医療情報キットの配布を受けたことを、担当の民生委員あるいは地域で見守り

　を行っているスタッフに情報提供すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　　　年　　　月　　　日　（　　　　歳） |
| ふりがな |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　　　年　　　月　　　日　（　　　　歳） |
| 住　所 |  |
| 電話番号 | ０５３８（　　　）　　　　　携帯 |
| 申請事由当てはまる番号に○を付してください。 | １　７５歳以上のひとり暮らし高齢者２　７５歳以上の高齢者世帯３　避難行動要支援者名簿に登載されている者４　その他、町長が必要と認める者（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【代理申請の場合はこちらもご記入ください】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 関　係 |  |
| 電話番号 |  |

【町記入欄】※これ以降は記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日又は印 | 受付窓口 | 受付者 | 台帳処理・確認 |
| 年　月　日 | □ 保健福祉課□ その他（　　　　　　　　　　　） |  |  |
| 民生委員 | 地区： | 氏名： | 配布日 | 年　　月　　日 |
| 備　考 |  |