

様式第 1 号（第 4 条関係）

袖ヶ浦市救急医療情報キット配布申請書

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

救急医療情報キットの配布を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	住所		電話番号	
	ふりがな		配布対象者 との続柄	
	氏名			
配布対象者	住所		電話番号	
	ふりがな		生年月日	
	氏名			
申請事由	<p>該当する事由の番号に○をしてください。</p> <p>1 ひとり暮らしの65歳以上の者</p> <p>2 65歳以上の者のみで居住し、救急時の対応に不安を抱える者</p> <p>3 同居者の就労等により65歳以上の者のみとなり、救急時の対応に不安を抱えるもの</p> <p>4 身体障害者（視覚障害 聴覚障害 音声・言語障害：1 2 3級）</p> <p>5 その他（ ）</p>			
同居者等	申請事由が2、3の場合のみ記入してください。			
	氏名	性別	生年月日	続柄
<p>救急医療情報キットの配布に当たり、次の事項を承諾してください。</p> <p>ア 救急活動によっては、救急医療情報キットを活用しない場合があること。</p> <p>イ ステッカーを所定の位置に貼ること。</p> <p>ウ 救急活動の際、救急隊等が本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫の扉を開けて救急医療情報キットを取り出す場合があること。</p> <p>エ かかりつけ医療機関があっても、他の病院に救急搬送される場合があること。</p> <p>オ 救急情報シートに救急隊等への伝言を記載されていても、実行されない場合があること。</p>				