

滝沢市救急医療情報キット配付申請書

年 月 日

滝 沢 市 長 様

滝沢市救急医療情報キット配付事業実施要綱第4条の規定に基づき申請します。

申請者 (利用者本人)	ふりがな 氏 名		生年 月日	明 大 昭 平	年 月 日 (歳)
	住 所	〒 ー 滝沢市			
	電話番号				
提出者 (利用者本人 以外が提出す る場合に記入 ください)	申請者（利用者本人）の承諾を得て申請書を提出します。				
	氏 名		電話 番号		
	住 所	〒 ー			
申請事由	利用者 との関係	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> その他 ()			
該当する事由に○をしてください。 1 65歳以上のひとり暮らし 2 65歳以上の方のみの世帯 3 その他 ()					
次の事項について了解いたします。 ① 救急隊が必要でないと判断したとき又は搬送に急を要するときは、キットを活用しない場合があること。 ② 所定の位置にステッカーが貼られていなかったり、所定の場所にキットを保管していなかったときは、キットが活用されない場合があること。 ③ 玄関ドアの内側にステッカーが貼られている場合は、利用者又は同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けてキットを取り出す場合があること。 ④ かかりつけの医療機関があっても、他の病院に救急搬送されることがあること。 ⑤ 本申請について、自治会や民生委員等関係機関へ情報提供する場合があること。 ⑥ キットは適切に管理するとともに、譲渡したり貸付けしたりしないこと。					

配付日： 年 月 日

市役所整理欄（以下は記入しないで下さい）

受付者	整理番号	申請者名簿記入	区分