

吹田市救急医療情報キット配布申請書

年 月 日

吹 田 市 長 宛

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保管容器の中に入っている医療情報を救急隊員や医療機関が救急医療活動に利用すること。
- ②救急隊員が不必要と判断した場合や、搬送に急を要する場合など、医療情報を活用しないことがあること。
- ③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、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。
- ④キットの配布を受けたことを、担当の民生委員あるいは申請書を提出した民生委員に情報提供すること。

対象者	ふりがな	申請書は、必ず1人1枚使用してください。 1枚に2人以上の氏名等は記入しないでください。		
	氏名	年 齢	歳	
	生年月日	年	月	日生
	住 所	吹田市		
	電話番号	携帯	「申請事由」は当てはまる番号の いずれかひとつに○をしてください。	
申請事由 いずれか ひとつに○	1 おおむね 65 歳以上のひとり暮らし高齢者 2 おおむね 65 歳以上の高齢者のみの世帯に属する者 3 日中、一人になることがある、おおむね 65 歳以上の高齢者			

代理申請の場合は以下を記入してください。

申請者	氏名	本人以外の方（民生児童委員含む）が、代理で記入される場合は「申請者」欄に必要事項を記載してください。 本人が記入される場合は、「申請者」の記入は不要です。
	電話番号	

※以下の欄は、申請者は記入しないでください。

民生児童委員 受付（民生児童委員が配付した場合はチェックをつけてください）

以下、記入しないでください。 民生児童委員が配付した場合は、「民生児童委員受付」の□にチェックをしてください。

市担当者記入欄

宛名番号	ID 番号
------	-------