様式第１号

傷病者搬送証明申請書

　　年　　月　　日

吹田市消防長　宛

申請者

　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　）

次のとおり証明書の交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事故発生日時 | 　　　年　　　月　　　日　　　　時　　　分頃 |
| 事故発生場所 |  |
| 傷病者氏名 |  |
| 傷病者と申請者との関係 |  |
| 収容医療機関等 |  |
| 使用目的 |  |
| 請求数 | 　　　　通 |

※太枠欄の中を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 　申請者確認欄 | □運転免許証　　　　　　　　□マイナンバーカード　　□住民票　　　　　　　　　　　□戸籍謄本□パートナーシップ宣誓書受領書等□法廷代理人であると証明できる書類□委任状 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書受領日 | 手数料徴収 | 手数料免除 | 備考 |
|  　年 　月 　日 | 　　通　　　　円 | 有　・　無 |  |