

救急医療情報キット配付申請書

年 月 日

中 央 市 長 様

救急医療情報キットの配付を受けたいので、中央市救急医療情報キット配付事業実施要綱第 4 条の規定により次のとおり申請します。

申 請 者	住 所		電話 番号	
	(ふりがな)		生年月日	年 月 日
	氏 名	⑤		
同 居 世 帯 者	(ふりがな)		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	(ふりがな)		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	(ふりがな)		生年月日	年 月 日
	氏 名			
申 請 事 由	該当する事由の番号に○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 次のいずれかに該当する方 のみの世帯 (身体障害者手帳 1 級若しくは 2 級、療育手帳 A 若しくは B 判定又は精神障害者保健福祉手帳 1 級) 4 3 に該当する方と 65 歳以上の方 のみの世帯 5 その他()			
	次の事項について了解します。 ① 救急活動の状況により救急隊が不必要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、キットを活用し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、本人及び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。 ⑤ 救急情報シートに救急隊員への伝言を記載されていても、必ずしも実行されるとは限らないこと。 ⑥ キットは善良に管理するとともに、譲渡したり貸し付けたりしないこと。 ⑦ かかりつけ医療機関や緊急連絡先などに変更があった場合は、必ず救急情報を訂正すること。 ⑧ 世帯の状況等配付に関し必要な事項を市が公簿等により確認すること。			