

様式第 2 号（第 4 条関係）

救急医療情報キット配布申請書（兼同意書）

年 月 日

河南町長 あて

河南町救急医療情報キットの配布を受けたいので、下記のとおり申請します。

また、下記の内容について同意します。

利 用 者	ふりがな			生年月日	年 月 日	
	氏 名					
	住 所	河南町				
	電 話	—				
	申請事由 該当に○	(1) 65 歳以上のひとり暮らし高齢者 (2) 70 歳以上のみの世帯に属する者 (3) 身体障害者手帳（1、2 級）、療育手帳（A）、精神障害者保健福祉手帳（1 級）の交付を受けている者のみの世帯に属する者 (4) その他（ ）				
世帯員	氏名		生年月日		障がい者手帳等	
	氏名		生年月日		障がい者手帳等	
	氏名		生年月日		障がい者手帳等	

申請者が利用者本人以外の場合、次の欄も記入してください。

申 請 者	氏 名		利用者との関係	
	住 所			

同 意 書	私は、救急医療情報キットの配布を受けるにあたり、キットを配備し緊急時に有効活用するため、以下の情報活用・提供に同意します。				
	○	①救急医療情報カードに記載した情報を救急活動時に救急隊員及び搬送先の医療機関が活用すること			
		②再配布やカード情報更新の促進・確認のため、民生委員・児童委員や事業協力者等に救急医療情報キットの配布を受けていることについて情報提供すること。			
	本人氏名			署名又は印	

＊救急医療に活用するため、①の同意は必須です。

~~~~~

※河南町整理欄

| 受 付 者 | 整 理 番 号 | 申請者名簿入力 | 区 分 |
|-------|---------|---------|-----|
|       |         |         |     |