

様式第 2 号（第 4 条関係）

救急医療情報キット配布申請書

年 月 日

河南町長 あて

河南町救急医療情報キット配布事業実施要綱第 4 条の規定に基づき申請します。

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	キット（保管容器）の中に入っている救急情報を富田林市消防本部の救急隊員と搬送先の医療機関が救急医療に活用することに同意します。			
	本人氏名		印又は署名	

※河南町整理欄

受 付 者	整 理 番 号	申 請 者 名 簿 入 力	区 分