

救急医療情報キット配布申請書

年 月 日

播磨町長様

申請者 住所

氏名

(続柄)

救急医療情報キット(以下「キット」という)の配布を受けたいので、下記のとおり申請します。

利 用 者 (キットに 医 療 情 報 シ ー ト を 入 れ る 方)	住 所	(申請者と同じ場合は、記入不要です) 播磨町		
	電話番号	() —		
	(ふりがな) 氏 名	(明・大・昭・平 年 月 日生)	申 請 事 由	☐ 65歳以上 ☐ 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 ☐ その他
	(ふりがな) 氏 名	(明・大・昭・平 年 月 日生)		☐ 65歳以上 ☐ 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 ☐ その他
	(ふりがな) 氏 名	(明・大・昭・平 年 月 日生)		☐ 65歳以上 ☐ 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 ☐ その他
	(ふりがな) 氏 名	(明・大・昭・平 年 月 日生)		☐ 65歳以上 ☐ 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 ☐ その他

申請にあたり、次の事項について了解いたします。

- ① 救急活動によっては、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、キットを活用されない場合があること。
- ③ 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。
- ④ 救急医療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。
- ⑤ キットは善良に管理するとともに、譲渡したり貸付けたりしないこと。

※ 同居の家族以外が代理で申請される場合は、裏面の委任状が必要です。

◆以下の欄は記入しないでください。

交付番号		確認欄	住民情報
------	--	-----	------

委任状

年 月 日

播磨町長様

救急医療情報キット利用者
(代表者)

住所 _____

氏名 _____

私の救急医療情報キットの配布申請について、下記の者に委任します。

代理人

住所 _____

氏名 _____