

別記

第1号様式（第4条）

東金市救急医療情報キット配布申請書

年 月 日

（あて先）東金市長

住 所

申請者（対象者） 氏 名

電話番号

東金市救急医療情報キットを利用したいので、次のとおり申請します。

申請者情報	世帯の区分	1 高齢者（70歳以上）単身世帯 2 その他（「利用を希望する理由」を記入すること）		
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
（申請者世帯状況を除く）	氏名	申請者との続柄	生年月日	
			年 月 日	
			年 月 日	
利用を希望する理由 ※世帯の区分が2の場合 右記のいずれかを選択		<input type="checkbox"/> 70歳以上夫婦世帯だが一方が認知症・身体障がい等により救急時の意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 70歳以上高齢者と子の世帯だが子が身体障がい等により救急時の意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 70歳以上高齢者と子の世帯だが、子が別居しており実質独居 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

（あて先）東金市長

私は、本市に居住し、かつ、本市の住民基本台帳に記録されていることに相違ありません。

また、「東金市救急医療情報キット配布事業実施要領」を遵守し、申請内容に変更があった場合は、速やかに市に届け出ます。

申請者 氏 名