

救急医療情報キット支給申請書

年 月 日

東京都台東区長 殿

台東区救急医療情報キットの支給を受けたいので、次のとおり申請します。

利用者 (申請者)	(ふりがな) 氏名			
	生年月日	年 月 日	電話番号	
	住所	台東区		
申請事由	(いずれかに○をつけてください) 1 65歳以上のひとり暮らし高齢者 2 65歳以上の高齢者のみの世帯に属する者 3 日中又は夜間に、居所において一人になる 65歳以上の高齢者 4 上記1～3に準ずる状況であるため ※4の方は下記に状況を記載してください。 ()			
かかりつけ 医療機関		持病等		
緊急時の連絡先				
	氏名(ふりがな)	続柄	連絡先	
1			日中の連絡先 ()	
2			日中の連絡先 ()	

※ 同じ世帯で、医療情報シートの配布希望の方がいる場合は、下記も記入してください。

利用者	氏名			
	生年月日	年 月 日	申請事由	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
	かかりつけ 医療機関		持病等	

同意事項

申請書に記載した内容はその目的の範囲内で、救急隊、民生委員、医療機関等にお知らせする場合がありますことに同意します。

利用者自署 _____

※申請者が利用者本人以外の場合は、下記も記入してください。

申請者	氏名		電話番号	
	住所または 事業者名等		利用者との続柄	

配布窓口 (以下は記入しないでください) 新規 再交付

区	あさくさ	やなか	りゅうせん	くらまえ	まつがや	たいとう	ほうらい