

様式第1号（第4条）

長柄町救急医療情報キット配布申請書

年 月 日

長柄町長 あて

長柄町救急医療情報キットの配布を受けたいので、次のとおり申請します。

利用者	住所	長柄町	電話番号	()
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
申請事由等	該当する欄に☑印を付けてください。 1 申請事由 <input type="checkbox"/> 75歳以上で一人暮らしの者 <input type="checkbox"/> 75歳以上の高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 障害者手帳を有する者のうち一人暮らしの者 <input type="checkbox"/> その他町長が特に必要と認めた者 2 支援情報 <input type="checkbox"/> 救急医療情報シートの更新の際は支援を希望します。 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネがいます。 事業所名_____ 担当者_____			

※代理人が申請する場合、次も記入してください。

代理人氏名	住所	電話番号	利用者との関係

【同意事項】

救急医療情報シートに記載した内容の救急医療情報を救急隊員と搬送先の医療機関が救急医療に活用するとともに、目的の範囲内で民生委員・児童委員及び事業協力者に情報提供することに同意します。

年 月 日

利用者氏名

㊞