

様式1号（第3条関係）

救急医療情報キット配布申請書

年 月 日

つくばみらい市長 様

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。

申請者	住所		電話番号	
	(ふりがな) 氏名		生年月日	
配布対象者	住所	つくばみらい市	電話番号	
	(ふりがな) 氏名		生年月日	
申請事由	次のいずれかの事由を選択してください。 1 65歳以上のひとり暮らしの者 2 65歳以上の者のみの世帯に属する者 3 65歳以上の者で日中独居となり、健康上の不安を有する者 4 つくばみらい市医療福祉費支給に関する条例第2条第5号に規定する重度心身障がい者等 5 身体障害者福祉法第15条第4項の規定により身体障害者手帳の交付を受けている者であって、視覚障がい又は聴覚障がいのある身体障がい者のうち、その障がいの程度が3級以上のもの 6 その他（ ）			
次の事項について同意します。 1 所定の位置にステッカー等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場合は、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等が貼られている場合は、本人、同居人等の同意を得ることなく、キットを取り出す場合があること。 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 救急医療情報用紙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 キットを適切に管理するとともに、第三者に譲渡し、又は転貸したりしないこと。 6 申請書及び救急医療情報用紙に記載した内容は、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ること。				

※ 配布対象者の欄は、配布を受けようとする者が申請者と異なる場合に記入してください。