

救急医療情報キット配付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 東海市長

申請者 住 所 東海市
氏 名
電 話

下記のとおり、救急医療情報キットの配付を申請します。

記

| | | | | | | |
|-------|-------------|--|------|-----------|---------|-----|
| 対象者 | 区 分 | <input type="checkbox"/> ①ひとり暮らし高齢者（65歳以上） <input type="checkbox"/> ②日中独居高齢者（65歳以上） <input type="checkbox"/> ③64歳以下のひとり暮らしで、基礎疾患などを有し健康に不安のある者 <input type="checkbox"/> ④要介護認定を受けた方を自宅で介護している高齢者世帯の方 <input type="checkbox"/> ⑤その他（ ） (該当する項目の□をチェックしてください) | | | | |
| | 住 所 | 申請者と同じ・東海市 | | | | |
| | ふりがな氏名 | | 生年月日 | 大昭和 平令 | 年 | 月 日 |
| 受領者 | 氏名 (続柄) | キ ッ ト 配 付 決 定 伺 | | | | |
| | 連絡先 — — | 課 長 | 主 幹 | 統括主任 | 担 当 受 付 | |
| 交付番号 | 第 号 | | | | | |
| 交付年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | |

注) 対象者の住所が、申請者と同じ場合は「申請者と同じ」に○を付け、異なる場合は記入してください。