

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。