

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(本人) 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	該当する項目の□をチェックしてください。 □① 65歳以上の高齢者のみ世帯 (例：独居・夫婦・老々親子) □② 日中独居高齢者（65歳以上） □③ 64歳以下の独居であり、健康に不安のある者 □④ その他（ ）					
	住 所	申請者と同じ・東海市					
	ふりがな 氏 名		生 年 月 日	大昭 平令 年 月 日			
受領者	氏名 (続柄) 連絡先 — —		キ ャ ッ ト 配 付 決 定 伺				
			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					