

記入要領

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。

対象者

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			
交付年月日		令和 年			

窓口に来た方