

第4条関係

救急医療情報キット配付申請書

年 月 日

播磨町長様

住所 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(続柄 \_\_\_\_\_ )

救急医療情報キット(以下「キット」という。)の配付を受けたいので、下記のとおり申請します。

利用者  (キットに医療情報シートを入れる方)	住所	(申請者と同じ場合は、記入不要です) 播磨町		
	電話番号	( ) -		
	(ふりがな) 氏名	(明・大・昭・平 年 月 日生)	申請事由	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他
	(ふりがな) 氏名	(明・大・昭・平 年 月 日生)		<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他
	(ふりがな) 氏名	(明・大・昭・平 年 月 日生)		<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他
(ふりがな) 氏名	(明・大・昭・平 年 月 日生)	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他		

申請にあたり、次の事項について了解いたします。

- ① 救急活動によっては、救急隊が不必要と判断したとき又は搬送に急を要するときは、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ときは、キットを活用されない場合があること。
- 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 救急医療情報シート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 キットは善良に管理するとともに、譲渡したり貸付けたりしないこと。

※ 同居の家族以外が代理で申請される場合は、裏面の委任状が必要です。

◎以下の欄は記入しないでください。

交付番号		確認欄	住民情報
------	--	-----	------

委任状

年 月 日

播磨町長様

救急医療情報キット利用者  
(代表者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

私の救急医療情報キットの配布申請について、下記の者に委任します。

代理人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞