別記様式（第４条関係）

救急医療情報キット配付申請書兼登録台帳

年　　月　　日

　姶良市長　殿

　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、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者  （世帯主） | | | （ふりがな）  氏　　名 | | | （　　　　　　　　　　　　　） | | | | | 電　話 | |  | |
| 住　　所 | | | 姶良市 | | | | | | | | |
| キ　　ッ　　ト　　利　　用　　者 | 世帯主との続柄 | | （ふ　り　が　な）  氏　　　　　名 | | | | | 生　年　月　日 | | | | | | 対　象　事　由  (下記事由から選択) |
|  | | （　　　　　　　　　　　） | | | | | 年　　月　　日生 | | | | | |  |
|  | | （　　　　　　　　　　　） | | | | | 年　　月　　日生 | | | | | |  |
|  | | （　　　　　　　　　　　） | | | | | 年　　月　　日生 | | | | | |  |
| 対象事由  (1)　 65歳以上の者  (2)　身体障害者手帳の交付を受けた者  (3)　療育手帳の交付を受けた者  (4)　精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者  (5)　特定疾患医療受給者証の交付を受けた者  (6)　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 代理申請の場合、下記をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 代　理  申請者 | | （ふりがな）  氏　　名 | | | （　　　　　　　　　　　） | | | | 世帯主との  関　　係 | | |  | | |
| 住　　所 | | | ※裏面もご記入ください。 | | | | | 電話 | |  | | |
| 私は、キットの配布に関し下記事項に同意いたします。  年　　月　　日  世帯主氏名  １　キットの配布を受けたことを消防署へ情報提供すること。  ２　救急隊員が救急活動において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。  ３　所定の位置にステッカーがはられていなかったとき、又は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。  ４　玄関ドアの内側にステッカーがはられている場合は、本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けてキットを取り出す場合があること。  ５　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。  ６　救急あんしんカードに救急隊員への伝言を記載していても、必ずしも実行されるとは限らないこと。  ７　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。 | | | | | | | | | | | | | | |
| ※市記入欄（この欄は、記入しないでください。） | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請書受理年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | 配布決定年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 配布年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | 消防本部提供  年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | |