

## 救急医療情報キット配布申請書

年 月 日

蒲郡市長 様

蒲郡市救急医療情報キット配布事業実施要綱第4条の規定に基づき、救急医療情報キットの配布を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者 (利用者)	住所	蒲郡市	電話番号	
	(ふりがな)		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和
	氏名			年 月 日
申請事由	区分	該当する番号に○を付してください。 1 65歳以上の者 2 障がいのある者 3 その他( )		

上記対象者以外で同じ世帯内に配布対象者がいる場合、こちらにもご記入ください。

配布 対象者	(ふりがな)		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和
	氏名			年 月 日
	(ふりがな)		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和
	氏名			年 月 日

※申請者が利用者本人以外の場合には、下記にも記入してください。

代理申請	氏名		電話	
	住所		利用者との関係	

次の事項について了解いたします。

- 救急隊と搬送先の医療機関が、キットの容器に入っている救急医療情報を救急医療に活用すること。
- 所定の位置（玄関内側、冷蔵庫）にステッカーが貼られている場合は、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。
- かかりつけ医療機関であっても、他の医療機関に救急搬送される場合があること。
- 救急医療情報用紙に救急隊員への伝言が記載されていても、必ずしも実行されるとは限らないこと。
- キットは善良に管理するとともに、譲渡したり貸し付けたりしないこと。

同意欄	救急医療情報キット配布申請書に記載されていることを、必要時に関係者に情報開示することを同意します。			
	氏名		代筆者 氏名	続柄( )