　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

救急医療情報キット配布申請書

　印西市長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　配布対象者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 配布対象者 | 住　　所 |  | 電話番号 |  |  |
| （ふりがな） |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 氏　　名 |  |
| 申請事由 | 該当事由  　　　1　６５歳以上のひとり暮らしの者  　　　2　障害者（身体・知的・精神）（手帳番号　　　　　　　　　　　）  　　　3　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　） | | | | |
| 次の事項について承諾いたします。  配布対象者名    　(1)　キットの配布を受けたことを民生委員、児童委員等に情報提供する場合があること。  　(2)　救急隊が救急活動に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)　ステッカーは玄関内側と冷蔵庫の扉に貼ること。  　(4)　配布対象者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)　所定の位置にステッカーが貼られていなかったとき、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。  　(6)　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。  　(7)　救急隊員への伝言が救急情報シートに記載されていても、必ずしも実行されるとは  　　 限らないこと。  　(8)　キットは善良に管理するとともに、譲渡したり又は貸し付けたりしないこと。 | | | | | |