

救急医療情報キット交付申請書(兼同意書)

_____年 月 日

伊勢市長 宛

救急医療情報キットの交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

また、裏面の内容について同意します。

同一世帯の方なら、この申請書で2名まで申請できます。

申請者1	フリガナ		印	性別	生年月日	
	氏名		(自署の場合は不要) ①	男・女	大平 昭令	年 月 日
	代筆者			続柄		
	※申請書を代筆された場合は、必ず記入してください。					
	住所	伊勢市				
電話	() -					
申請事由	該当する事由に○をしてください。 1. 65歳以上の独居もしくは高齢者のみの世帯の方 2. 障害者手帳を所持している方 3. 上記に準じる方で、配備を希望される方					
申請者2	フリガナ		印	性別	生年月日	
	氏名		(自署の場合は不要) ①	男・女	大平 昭令	年 月 日
	代筆者			続柄		
	※申請書を代筆された場合は、必ず記入してください。					
	電話	() -				<input type="checkbox"/> 申請者1と同じ
申請事由	該当する事由に○をしてください。 1. 65歳以上の独居もしくは高齢者のみの世帯の方 2. 障害者手帳を所持している方 3. 上記に準じる方で、配備を希望される方					

※裏面参照

※市記入欄

※受付印		※処理欄	(台帳入力) _____年 月 日
------	--	------	-------------------

同意内容

私は、救急医療情報キットの交付を受けるにあたり、キットを配備し、緊急時に有効活用するため、救急医療情報キット配備状況（住所、氏名、生年月日、性別）を、消防本部、民生委員・児童委員に提供することに同意します。