

救急医療情報キット支給申請書

年 月 日

東京都台東区長 殿

台東区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。

利用者	ふりがな		性別	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
	氏名		男・女			
	住所	台東区 丁目 番 号		電話 ()		
申請事由	該当する事由に○をしてください。 ① 65歳以上のひとり暮らし高齢者 ② 65歳以上の高齢者のみの世帯に属する者 ③ 日中又は夜間に、居所において一人になる65歳以上の高齢者 ④ 上記①～③に準ずる状況であるため ※④の方は下記に状況を記載してください。 ()					
介護度及び 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 電話 ()					
かかりつけ 医療機関				身体状況 ・病名等		
緊急時の連絡先						
	(ふりがな) 氏名	続柄	住所			
1			電話 ()			
2			電話 ()			
同意事項						
申請書に記載した内容は、その目的の範囲内で、救急隊、民生委員、医療機関等にお知らせする 場合があることに同意します。 <p style="text-align: right;">利用者自署 _____</p>						
※ 申請者が利用者本人以外の場合は、下記も記入してください。						
申請者	氏名		電話番号			
	住所		利用者 との続柄			

処理欄（以下は記入しないでください）

受付日	受付窓口
年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護予防・地域支援課（受付者： ） <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター（受付者： ） <input type="checkbox"/> あさくさ <input type="checkbox"/> やなか <input type="checkbox"/> みのわ <input type="checkbox"/> くらまえ <input type="checkbox"/> まつがや <input type="checkbox"/> たいとう <input type="checkbox"/> ほうらい