

## 救急医療情報キット配布申請書

年 月 日

敦 賀 市 長 殿

救急医療情報キット（以下「救急キット」という。）の配布を受けたいので、下記のとおり申請します。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 申請者                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ふりがな<br>氏 名                                                                                                                                                                                                                                                     | 生 年 月 日 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                 | 年 月 日   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 住 所                                                                                                                                                                                                                                                             | 電 話 番 号 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 〒 ー<br>敦賀市                                                                                                                                                                                                                                                      | ( ) ー   |
| 申請事由                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>該当する事由の番号に○をしてください。</p> <p>1 独居老人安否訪問事業の対象となっている者</p> <p>2 介護保険法における要介護認定区分が要介護3～5に該当する者</p> <p>3 身体障害者手帳の交付を受け、その障害の程度が1級及び2級に該当する者</p> <p>4 療育手帳の交付を受け、その障害の程度がA1及びA2に該当すると判定された者</p> <p>5 65歳以上の高齢者のみで構成されている世帯</p> <p>6 その他、健康に不安を感じている者で、市長が必要と認めた者</p> |         |
| <p>次の事項について、承諾いたします。</p> <p>1 救急活動によっては、救急隊が不必要と判断したとき又は搬送に急を要するときは、救急キットを活用しない場合があること。</p> <p>2 ステッカーを所定の位置に貼ること。</p> <p>3 救急活動の際、救急隊等が本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けて救急キットを取り出す場合があること。</p> <p>4 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。</p> <p>5 救急医療情報用紙に救急隊等への伝言を記載されていても、実行されない場合があること。</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |

（注）救急キットは善良な管理のもとに使用していただき、譲渡し、又は貸付けないこと。

※市役所整理欄（以下は記入しないでください。）

|      |  |      |  |      |  |     |  |
|------|--|------|--|------|--|-----|--|
| 受付番号 |  | 名簿番号 |  | 受付者名 |  | 配布日 |  |
|------|--|------|--|------|--|-----|--|