様式第２号

佐倉市救急医療情報キット給付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

（宛先）佐倉市長

私は、本申請書の情報を、救急時に救急隊、消防隊、搬送先の医療機関等が活用することに同意し、佐倉市高齢者安心キット給付事業実施要領第４条の規定に基づき申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対　象者　 | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒佐倉市 |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　（　　　　　） |
| 生年月日 | 大正 | 　　　　　　　年　　　月　　　日(　　　　歳) |
| 昭和 |
| 申 請 事 由※該当に〇 | １　７５歳以上の高齢者であるため２　ひとり暮らしの高齢者であるため３　日中又は夜間に、居所において一人になることのある高齢者であるため４　認知症等の高齢者であるため５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　※申請者が利用者本人以外の場合、下記も記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 電話番号 |  |
| 住　所 |  | 利用者との続柄 |  |