

佐倉市救急医療情報キット給付申請書

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	()	
	生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日 (歳)	
性別	男・女	血液型【 型 】	R h + ・ -
緊急時の 連絡先	氏名	続柄 ()	☎ 自宅・携帯・その他 ()
	氏名	続柄 ()	☎ 自宅・携帯・その他 ()
かかりつけの 医療機関			☎ ()
			☎ ()
既往歴			
申請事由 ※該当に○	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	