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○		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	

担当：高齢者福祉課　生きがい支援班（電話 043 - 484 - 6243）