

## 佐倉市救急医療情報キット受領書

令和 年 月 日

（宛先）佐倉市長

私は、佐倉市高齢者安心キット給付事業実施要領第4条第1号により配付を受けました。

対 象 者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	〒 佐倉市
	電話番号	( )
	生年月日	大 正 昭 和 年 月 日 ( 歳)
配 布 事 由	75歳以上の高齢者であるため	

※受領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	