

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、佐倉市高齢者安心キット給付事業実施要領第5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	昭 和 年 月 日 (歳)
申 請 事 由	65歳以上75歳未満の高齢者で下記に該当するため（※該当に○） 1 ひとり暮らしの高齢者であるため 2 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 3 認知症等の高齢者であるため 4 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	