救急医療情報キット配付申請書

年　　　月　　　日

　(あて先)平群町長

　救急医療情報キット(以下「キット」)の配付を受けたいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者配付対象者 | 住所 | 平群町 | 電話番号 | 　 |
| (ふりがな) | 　 | 生年月日 | 　年　 月 　日 |
| 氏名 |  |
| 世帯状況 | 該当する事由の番号に○をしてください。　1　65歳以上のひとり暮らし高齢者（昼間又は夜間のみ1人になる者を含む。）2　65歳以上のみの世帯　3　身体上の慢性的な疾患等により、日常生活を営む上で常時注意を要する者　4　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 　上記申請者以外で、同じ世帯内に配付対象者の方がいる場合（上記２に該当する場合）は、こちらにもご記入ください。　 |
| 配　付対象者 | 住所 | 同上 | 電話番号 | 同上 |
| (ふりがな) | 　 | 生年月日 | 　年 　月 　日 |
| 氏名 | 　 |
| 次の事項について了解いたします。　①　救急活動によっては、救急隊が不必要と判断したとき又は搬送に急を要するときは、キットを活用しない場合があること。　②　ステッカーは冷蔵庫の扉へ貼ること。この場合、本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けてキットを取り出す場合があること。　③　所定の位置にステッカーが貼られていなかったり、所定の場所にキットを保管していなかったときは、キットを活用されない場合があること。　④　かかりつけ医療機関があっても、他の病院に救急搬送される場合があること。　⑤　救急情報シートに救急隊員への伝言を記載されていても、必ずしも実行されるとは限らないこと。　⑥　キットは善良に管理するとともに、譲渡したり貸付けたりしないこと。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先氏名 | 続柄 | 電話番号 | 住　　　　　所 |
| （ふりがな） |  | 　　　（　　　） |  |
| （ふりがな） |  | 　　　（　　　） |  |

≪緊急連絡先について≫

　3人以上いる場合は、ご自身の状況をよく把握している方を優先してご記入ください。

　緊急連絡先氏名：ご親族等にない場合は、ご親族以外の方でもかまいません。

　連　　絡　　先：必ず連絡のつく番号（携帯電話、職場の番号等）をご記入ください。

* この情報はもしもの時の連絡先として、

平群町役場福祉こども課で管理させていただきます。