

渋川市救急医療情報キット交付申請書

利用者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日		
	住所	渋川市		性別	男女	年齢 歳
	電話番号					
緊急時連絡先		氏名	住所	関係	緊急連絡先	
	1					
	2					
	3					
	4					
医療欄		かかりつけ医	持病など		電話番号	
	1					
	2					
同意事項確認欄	1 キットの保管場所は冷蔵庫とし、冷蔵庫のドアにステッカーを貼り付けておくこと。 2 消防署又は警察署その他関係者が、状況の確認や救助のために、必要に応じて居宅内に立ち入る場合があること。この場合において、ドア又は窓等の破損が生じてもその責任は問わず、破損修理に係る一切の費用も請求しないこと。 3 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。 4 緊急時に本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫等の保管場所を開けてキットを取り出す場合があること。 5 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。 6 キットを他人に譲渡したり貸し付けたりしないこと。 7 この申請に係る情報を、消防、警察、民生委員、その他関係機関に必要なに応じて提供すること。					
	上記同意確認事項欄のすべてに同意の上、渋川市救急医療情報キット交付申請をします。 年 月 日					
	申請者 住所 渋川市 (利用者) 氏名					
	(代理人) 住所 氏名 (続柄 )					
	渋川市長 様 提出者 <input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他					
	市役所確認欄(記入しないでください。)					
	受付場所		支給事由番号		対象要件	
	<input type="checkbox"/> 高齢者安心課 <input type="checkbox"/> 地域包括ケア課 <input type="checkbox"/> 行政センター		事由が1,2の場合 <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間		対象者は、次のいずれかの要件を満たす者であること。(1,又は2に該当する場合は3に該当しない18歳未満の者については世帯員に含めない。) 1 65歳以上のひとり暮らし高齢者(□常時、□日中、□夜間) 2 65歳以上の高齢者のみの世帯(□常時、□日中、□夜間) 3 身体・知的・精神障害を有する者、難病患者等 4 認知症等により意思疎通が困難な者	