

澁川市救急医療情報キット交付申請書

|         |  |        |      |  |        |    |   |
|---------|--|--------|------|--|--------|----|---|
| 利用者     | フリガナ<br>氏名   |        |      | 生年月日   | 年 月 日  |    |   |
|         | 住所   | 澁川市    |      | 性別   | 男<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>6 キットを他人に譲渡したり貸し付けたりしないこと。<br>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、澁川市救急医療情報キット交付申請をします。<br>年 月 日  |        |      |  |        |    |   |
|         |  | 申請者    | 住所   | 澁川市  |        |    |   |
|         |  | (利用者)  | 氏名   |  |        |    |   |
|         |  | (代理人)  | 住所   |  |        |    |   |
|         |  |        | 氏名   | (続柄 )  |        |    |   |
|         | 澁川市長   | 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"/> 高齢福祉課<br><input type="checkbox"/> 社会福祉課<br><input type="checkbox"/> 行政センター | 事由が1,2の場合<br><input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 日中<br><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。)<br>1 65歳以上のひとり暮らし高齢者(□常時、□日中、□夜間)<br>2 65歳以上の高齢者のみの世帯(□常時、□日中、□夜間)<br>3 身体・知的・精神障害を有する者、難病患者等<br>4 認知症等により意思疎通が困難な者 |