様式第２号（第４条関係）

**浦添市救急医療情報キット配布申請書**

申請日　　　　　　年　　　月　　　日

申請者（窓口に来た人）

利用者との関係

住所

電話番号

浦　添　市　長　　殿

浦添市救急医療情報キットの配布を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| キット利用者 | ふりがな |  | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| 氏名 |  | 男・女 | 　　　年　　月　　日 | 歳 |
| 住所 | 浦添市電話番号（　　　　　　　　　　） |
| 申請理由 | 該当する事由の番号に〇をしてください。１．６５歳以上の者（１.単身　　２．夫婦のみ　　３．その他）２．障がいがある者 (１.身体　２.知的　３.視覚　４.聴覚　５.精神 ６.その他）３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(続柄　　　　　　) | 電話番号 |  |
| 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　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、キットが活用されないことがあること。　③　玄関ドアの内側にステッカーが貼られている場合は、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。　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　医療情報用紙に救急隊員への伝言が記載されていても、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、譲渡したり貸し付けたりしないこと。 |
| 同意欄 | ※本申請書に記載されていることについて、必要時に消防本部・障がい福祉課・地域包括支援センターに情報を開示することに同意します。 |
| 本人氏名 |  | 代筆者氏名（続柄） | 　　　（　　　　 　 ） |

課名

受付者　　　　　　　　　内線