

救急医療情報キット配付申請書

年 月 日

香美町長 様

救急医療情報キットの配付を受けたいので、次のことに同意した上で申請します。

| | | | | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|---------------------|
| 住 所 | 香美町 | | 行政区 | |
| (ふりがな) 氏 名 | | | 電話番号 | |
| | | | 生年月日 | |
| 代理申請の 場合は 申 請 者 | 住 所 | | | 電話番号 (自宅) (携帯電話) |
| | 氏 名 | | | 関 係 |
| 申請事由 (あてはまる 番号に ○) | ①65歳以上のひとり暮らしの方 ②65歳以上の方のみの世帯 ③その他緊急時の対応に不安を抱える方 (理由) | | | |
| 同 意 | 次の事項について 同意 します。 ① 本人または家族等の申請者 により、 キットに保管する中身(救急医療情報、お薬情報提供書等) は、万一の救急時に備えるため、 随時、新しい情報に更新 し善良に管理すること。 ② 救急活動によっては、救急キットを活用しない場合があること。 ③ 申請書および救急医療情報用紙に記載した内容は、支援目的の範囲で、救急隊、民生委員、医療機関、ケアマネージャー等と情報共有する場合があること。 | | | |

※申請された方には、いきいき相談センター（地域包括支援センター）職員が状況をお伺いすることがあります。

町記入欄

| | | | | | |
|-------|-------|-------|--|---------|--|
| 受 付 日 | ・ ・ ・ | 受 付 者 | | 台帳処理・確認 | |
|-------|-------|-------|--|---------|--|