

桜井市救急医療情報キット申請書

令和 年 月 日

（宛 先） 桜 井 市 長

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

申 請 者	フリガナ		使用者と の関係	
	氏 名			
	住 所	〒 電話		
使 用 者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏 名			
	住 所	〒 奈良県桜井市		
	電話番号		性 別	男 ・ 女
申 請 事 由	該当するところに○を付けてください。 1. 65 歳以上の一人暮らし 2. 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている 3. その他 ()			
申請にあたり、次の事項について了解いたします。 ① 所定の場所にステッカーが貼られているときは、本人や同居人の同意を得ることなく冷蔵庫からキットを取り出し、活用する場合があること。 ② 救急隊が不必要と判断した場合や搬送に急を要する場合など、キットを活用しない場合があること。 ③ かかりつけ医療機関があっても、ほかの医療機関に救急搬送される場合があること。 ④ キットは適切に管理し、記載内容に変更があるときは速やかに更新するとともに、譲渡や貸与したりしないこと。 ⑤ 桜井市救急医療情報キット利用者名簿（第 3 号様式）に登載されること。				

※キットの配付数は 1 世帯につき 1 個とする。（保管容器には、「救急医療情報シート」複数枚挿入可能です）