

救急医療情報キット申請書

平成 年 月 日

救急医療情報キットの配付を申請します。

また、救急時に必要な個人情報等を消防署、民生児童委員等へ提供することに同意します。

対 象 者	(フリガナ) 氏 名		
	(明・大・昭・平 年 月 日) 生		
	住 所 〒 ー 千代田区 電話 ()		
<p>該当する番号に○をつけてください。</p> <p>① 65歳以上の方</p> <p>② 身体障害者手帳、愛の手帳をお持ちの方</p> <p>③ 精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方</p>			
代 理 人	*対象者と異なる方が申請される場合のみ記入してください。		
	氏名	関係	
	住所	電話	

【事務処理欄】(区で記入します。)

	名簿への入力日	受 付	受付日	送付日
1 在宅支援課		①かがやきプラザ 相談センター	/ /	/ /
2 障害者福祉課		②高齢者あんしん センター 麴町	/ /	/ /
		③高齢者あんしん センター 神田	/ /	/ /
		④ 出張所	/ /	/ /