

うるま市長 様

住所
 氏名 ㊟
 電話番号
 配布対象者との続柄 ()

救急医療情報キット配布申請書

救急医療情報キットの配布を受けたいので、うるま市救急医療情報キット配布事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

また、救急医療情報キットに保管されている情報について、救急隊員、医療機関及び行政関係機関等が、救急活動に活用することに同意します。

記

配布 対象者	氏名	(男 女)	
	住所	うるま市	
	生年月日	年 月 日 (歳)	
	該当する番号に○をつけて下さい。	1	65歳以上の独居世帯
		2	65歳以上の夫婦のみの世帯
		3	身体障害者手帳の交付を受けている独居世帯
		4	療育手帳の交付を受けている独居世帯
5		精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている独居世帯	
	6	市長が特に必要と認める世帯	
備考			