

いせはら救急安心キット利用申込書

年 月 日

伊勢原市長 殿

いせはら救急安心キットの中の情報を救急隊、消防隊、搬送先の医療機関等が、救急医療活動に利用すること及び本申込書に記載された情報を市が民生委員及び地域包括支援センターなど地域を支援する関係機関に提供することに同意し、次のとおり申し込みます。

利 用 申 込 者	住 所	伊勢原市			電話番号	
	(ふりがな) 氏 名	性別	生年月日	高齢者・障がい者 (障害者手帳の等級等)		
				☐ 高齢者等 ☐ 障がい者 (身体・療育・精神)		
				☐ 高齢者等 ☐ 障がい者 (身体・療育・精神)		
				☐ 高齢者等 ☐ 障がい者 (身体・療育・精神)		
				☐ 高齢者等 ☐ 障がい者 (身体・療育・精神)		
				☐ 高齢者等 ☐ 障がい者 (身体・療育・精神)		
	申込事由	☐ ひとり暮らし高齢者 ☐ 障がい者のみの世帯 ☐ 高齢者のみの世帯 ☐ 障がい者と高齢者の世帯 ☐ 障がい者のひとり暮らし ☐ その他()				

利用申込者以外の方が手続きをされる場合は、次の欄もご記入ください。

(ふりがな) 氏 名		電話番号	
住 所		利用者との関係	

配布者処理欄

配布日	配布課名	配布数
年 月 日	☐ 長寿介護課 ☐ 障がい福祉課	救急安心キット 1セット 医療情報シート (追加) 枚