

救急医療情報キット配布申請書

年 月 日

豊橋市長 様

豊橋市救急医療情報キット配布事業実施要綱第 4 条の規定に基づき、救急医療情報キットの配布を受けたいので、次のとおり申請します。

(利用者本人でない場合、下記の代理申請者欄に記入してください)

代理 申請者	ふりがな		電話番号	利用者との関係	
	氏名				
	住所				

申請者 (利用者)	住所	豊橋市		電話番号		
	ふりがな			生年月日	明治・大正・昭和・平成	
	氏名				年 月 日	
	ふりがな			生年月日	明治・大正・昭和・平成	
氏名			年 月 日			
申請理由	該当する番号に○を付してください。(複数該当する場合、該当欄すべてに○を記入してください)					
	1. 65歳以上で独居 2. 障害者手帳所持者で独居 3. 避難行動要支援者					
	4. 65歳以上の高齢者のみの世帯		障害者手帳の種類	身体	療育	精神
5. その他 (日中・夜間独居等の理由を記入)						

※申請者(利用者)が現在利用中の制度(該当欄の番号に○を記入してください)

1	緊急通報装置設置	2	ふれあい収集	3	見守りボランティア登録	4	避難行動要支援者台帳登録
---	----------	---	--------	---	-------------	---	--------------

同意していただきたい事項

①救急隊と搬送先の医療機関が、キットの容器に入っている救急医療情報を救急医療に活用すること。

②所定の位置(玄関内側、冷蔵庫)にステッカーが貼られている場合は、本人及び同居人の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けてキットを取り出す場合があること。

③かかりつけ医療機関があっても、他の医療機関に救急搬送される場合があること。

④救急隊がキットを搬送先の病院まで持ち出すことがあること。

⑤救急医療情報用紙に救急隊員への伝言が記載されていても、必ずしも実行されるとは限らないこと。

⑥キットは大切に保管し、譲渡したり貸し付けたりしないこと。

⑦上記の「申請者(利用者)」、「申請理由」及び「申請者(利用者)が現在利用中の制度」に記載された情報を地区の民生委員に提供すること。(上記の個人情報(市及び地区の民生委員が情報を共有する事により、日頃の見守り活動に使用するものであり、それ以外には使用いたしません。))

上記①から⑦の事項に同意します。

利用者氏名

代筆者氏名

受付センター		受付日	年 月 日
--------	--	-----	-------