

救急医療情報キット給付申請書兼受領書

年 月 日

葛飾区長あて

下記のとおり、救急医療情報キットの給付を申請し、受領しました。

利用者	フリガナ		生年月日	明治			
	氏名			大正	年	月	日
	住所	〒 ー 葛飾区					
	電話番号						
	申請事由	該当する事由に○をしてください。 ① 65歳以上のひとり暮らし高齢者であるため ② 日中又は夜間に、居所において一人になることのある65歳以上の高齢者であるため ③ 同居する家族が認知症等により、ひとり暮らしと同様の状況にある65歳以上の高齢者であるため ④ 上記①～③に準ずる状況であるため * ③及び④の方は下記に状況を記載してください。 ()					

本申請書兼受領書に記載された情報を、かかりつけ医療機関、葛飾区医師会、消防署、地域包括支援センター及び民生委員に提供することに同意します。

利用者自署
又は印鑑押印のこと

※ 申請者が利用者本人以外の場合、下記も記入してください。

申請者	氏名		電話番号	
	住所 または 事業所名等		利用者 との続柄	

 処理欄(以下は記入しないでください)

給付場所	高齢者支援課收受	
------	----------	--