

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。

| | | | | | | | |
|-----|------|--|----------|----|---|---|---|
| 申請者 | 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 | <p>該当する事由に○をしてください。</p> <p>① 65歳以上のひとり暮らし高齢者であるため</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>④ 上記①～③に準ずる状況であるため</p> <p>* ③及び④の方は下記に状況を記載してください。</p> <p>()</p> | | | | | |

※ 届出者が申請者本人以外の場合、下記も記入してください。

| | | | | |
|-----|--------------------|--|-------------|--|
| 届出者 | 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 | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再交付 |
|------|----------|---|