

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・障害者 (障害者手帳の等級等)		
				<input type="checkbox"/> 高齢者等 <input type="checkbox"/> 障害者(身体・療育・精神)		
				<input type="checkbox"/> 高齢者等 <input type="checkbox"/> 障害者(身体・療育・精神)		
				<input type="checkbox"/> 高齢者等 <input type="checkbox"/> 障害者(身体・療育・精神)		
				<input type="checkbox"/> 高齢者等 <input type="checkbox"/> 障害者(身体・療育・精神)		
				<input type="checkbox"/> 高齢者等 <input type="checkbox"/> 障害者(身体・療育・精神)		
	申込事由	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 障害者と高齢者の世帯 <input type="checkbox"/> 障害者のひとり暮らし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 介護高齢主管課 <input type="checkbox"/> 障害福祉主管課 <input type="checkbox"/> 福祉総務主管課	救急安心キット 1セット 医療情報シート (追加) 枚