

救急医療情報キット配布申請書

沖縄市長 あて

救急医療情報キットの申請を受けたいので、下記のとおり申請します。

《申請者》

申請日： _____年____月____日

フリガナ		配布を希望する 方との関係	
氏名			
住所 【アパート名・部屋番号まで】	〒	連絡先	

《配布を希望する方》

世帯状況	◆該当する箇所にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 65歳以上（ <input type="checkbox"/> 独居世帯 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ世帯 <input type="checkbox"/> 同居世帯） <input type="checkbox"/> 40～64歳（介護保険認定を受けている方） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
住所 【アパート名・部屋番号まで記入して下さい】	〒 沖縄市	電話番号		
		自治会		
フリガナ		住民CD		
氏名		男	生年月日 年 月 日	
		女	保 險 保険有・生保・無保険	
（医療情報を入れる方） 同居家族	フリガナ		住民CD	
	氏名	続柄（ ）	男	生年月日 年 月 日
			女	保 險 保険有・生保・無保険
	フリガナ		住民CD	
	氏名	続柄（ ）	男	生年月日 年 月 日
			女	保 險 保険有・生保・無保険
	フリガナ		住民CD	
	氏名	続柄（ ）	男	生年月日 年 月 日
			女	保 險 保険有・生保・無保険
	備考	■保管場所 1. 冷蔵庫 2. その他（ ）		

《個人情報について》

同意欄	救急医療情報キット配布申請書に記載されている情報を、必要時関係者へ開示することに同意します。		
	本人署名		代筆者 氏 名 続柄（ ）