

救急医療情報キット配布申請書

年 月 日

敦賀市長 殿

救急医療情報キット（以下「救急キット」という。）の配布を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請者	ふりがな 氏 名	生 年 月 日
		年 月 日
	住 所	電 話 番 号
	〒 ー 敦賀市	() ー

申請事由	<p>該当する事由の番号に○をしてください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 独居老人安否訪問事業の対象となっている者 2 介護保険法における要介護認定区分が要介護3～5に該当する者 3 身体障害者手帳の交付を受け、その障害の程度が1級及び2級に該当する者 4 療育手帳の交付を受け、その障害の程度がA1及びA2に該当すると判定された者 5 65歳以上の高齢者のみで構成されている世帯 6 その他、健康に不安を感じている者で、市長が必要と認めた者
------	--

<p>次の事項について、承諾いたします。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 救急活動によっては、救急隊が不必要と判断したとき又は搬送に急を要するときは、救急キットを活用しない場合があること。 2 ステッカーを所定の位置に貼ること。 3 救急活動の際、救急隊等が本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けて救急キットを取り出す場合があること。 4 かかりつけ医療機関があっても、他の病院に救急搬送される場合があること。 5 救急医療情報用紙に救急隊等への伝言を記載されていても、実行されない場合があること。

(注) 救急キットは善良な管理のもとに使用していただき、譲渡し、又は貸付けないこと。

※市役所整理欄（以下は記入しないでください。）

受付番号		名簿番号		受付者名		配布日	
------	--	------	--	------	--	-----	--