

救急医療情報キット給付申請書

令和 年 月 日

碧南市長 殿

救急医療情報キット（以下「キット」と記す）の給付を下記のとおり申請します。
なお、この申請にあたり、以下の項目について承諾します。

- キットが配布されている方の氏名等の情報を救急隊に提供すること。
- 救急活動時に救急隊員が不要と判断した場合や搬送に急を要する場合には、キットを活用しない場合があること。
- かかりつけ医療機関があっても、他の医療機関へ搬送されることがあること。
- 救急医療情報用紙に救急隊員への伝言が記入されている場合でも、救急隊員の判断で伝言に記載された内容とは異なる対応をとることがあること。
- 所定の位置にシールを貼り、救急医療情報キットを所定の場所に保管すること。
- キットは善良に管理するとともに、譲渡したり、貸し付けたりしないこと。

申 請 者 (対象者)	住 所	碧南市			
	氏 名				
	電話番号		生年月日	T・S・H 年 月 日	
交付対象者 (申請者を除く)	ふりがな 氏名	申請者 との続柄	生年月日	備 考 (介護認定等の状況)	

代筆者 住所（□申請者と同じ）

氏名

電話（□申請者と同じ）

（申請者との続柄）

（代筆理由）

キット受領欄	救急医療情報キット受領書	
	救急医療情報キットを受領しました。 令和 年 月 日 碧南市長殿 受領者氏名 (申請者との続柄)	

委任状
(別世帯の方が給付申請、受領をする場合、提出が必要です。)

令和 年 月 日

受任者
(手続きを行う者)

住 所 : _____

氏 名 : _____

生年月日 : 昭和・平成 年 月 日

私は上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

- 委任事項 : 救急医療情報キット給付申請及び受領手続き

委任者
(事業の対象者)

住 所 : _____

氏 名 : _____

生年月日 : 大正・昭和 年 月 日

電話番号 : _____

※市処理欄	該当要件 (<input type="checkbox"/> ひとり暮らし・ <input type="checkbox"/> 高齢者世帯・ <input type="checkbox"/> 日中独居)				
	宛名番号 :	世帯番号 :		住民CD :	
本人確認 書類	1点 (ア)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害手帳	<input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート	
	2点 (イ)	<input type="checkbox"/> 健康保険資格確認書 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書		
	2点 (ウ)	<input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券	<input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 預金通帳	

※ 顔写真のある公共団体が発行した証明書は1枚(ア)、顔写真のないものは(イ)から2枚、
もしくは(イ)・(ウ)から1枚ずつ確認する。顔写真のない証明書が1枚しかない場合は、
本人のみが知りうる事項の聴き取りによる本人確認を合わせて行う。