

救急医療情報キット申請書

年 月 日

函南町長 仁科 喜世志 様

私は、裏面記載のことについて承諾し、下記のとおり申請します。

申請者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
	電話番号	
事 由	該当する事由に○を付けてください。 1 65歳以上の一人暮らし 2 65歳以上の者のみの世帯 3 身体障害者等の手帳を持っている 4 健康上の不安がある (具体的理由)	
利用者 (申請者と違う場合)	住 所	
	氏 名	
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
	電話番号	
本人確認	☐ 健康保険者証 ☐ 介護保険者証 ☐ 運転免許証 ☐ 後期高齢者医療被保険者証 ☐ 身体障害者手帳 ☐ 年金手帳 ☐ 住基カード ☐ その他 ()	

(裏面)

緊急医療情報キットの利用について

- 1 所定の位置（居住入口及び冷蔵庫）にステッカーが貼られていなかったり、所定の場所（冷蔵庫）に緊急医療情報キットを保管していなかったときは、キットが活用されない場合があります。
- 2 緊急医療情報キットについては、本人の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けてキットを取り出す場合があります。また、冷蔵庫を開けた際に、冷蔵庫の中の食品等が飛び出すなどし、損害を与えた場合、責任を負いかねます。
- 3 緊急医療情報キットは、救急隊が救急医療活動に必要な場合に活用するため、持ち出すことがあります。また、救急隊が不必要と判断したときは、救急医療情報キットを活用しない場合があります。
- 4 かかりつけ医療機関の記載があっても、ほかの病院に搬送される場合があります。