

救急医療情報キット申請書

(新規 ・ 更新)

被保険者番号

担当：

NO.

令和 年 月 日

気仙沼市長 様

下記のとおり申請します。また緊急時の対応のため、下記の個人情報が気仙沼・本吉地域広域行政事務組合消防本部・医療機関に提供されることに同意します。

利 用 者	フリガナ		性別		大正				
	氏名		男・女	生年月日	昭和	年	月	日	
	電話番号	自宅		携帯					
	住所	※ 住民票に登録している住所をご記入ください。 〒 988- 気仙沼市							
		現在、上記の住所で生活していますか？ 1 はい 2 いいえ							
	地区	※ 現在生活している場所の住所 〒 988- 気仙沼市							
地区名を囲む	気仙沼 () ・ 鹿折 ・ 松岩 ・ 面瀬 ・ 新月 ・ 階上 ・ 大島 ・ 唐桑 ・ 本吉								
申請事由	該当する事由に☑をしてください。(※ 高齢者とは65歳以上の方のことを指します)								
	<input type="checkbox"/> ひとり暮らしの高齢者								
	<input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 【高齢者の人数 () 人】								
	<input type="checkbox"/> 日中高齢者のみ世帯 【高齢者の人数 () 人】								
<input type="checkbox"/> その他 【高齢者の人数 () 人】 (理由：)									

※申請者が利用者以外の場合はご記入ください。

申 請 者	フリガナ		電話番号	
	氏名			
住所又は 事業所名				利用者との続柄

緊急連絡先のうち、1人は親族の方のご記入をお願いします。

	緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住所
①	フリガナ		自宅	
			携帯	
②	フリガナ		自宅	
			携帯	

☆更新がある場合は、変更箇所を記入して提出をお願いします。