

救急医療情報キット配布申請書

令和 年 月 日

阿南市長 宛て

住 所 阿南市
町
申請者
氏 名
電話番号

救急医療情報キットの配布を受けたいので、下記のとおり申請します。

※「専用ケース」は世帯に1つ、「シート」は必要とされる人の人数分を配布します。

配布対象者	フリガナ			生年月日	明治・大正・昭和・平成
	氏 名		男 女		年 月 日
	フリガナ			生年月日	明治・大正・昭和・平成
	氏 名		男 女		年 月 日
	フリガナ			生年月日	明治・大正・昭和・平成
	氏 名		男 女		年 月 日
	住 所	(申請者の住所と同じ場合は、記入不要です。)			
	電話番号	(申請者の住所と同じ場合は、記入不要です。)			
申請事由 (該当に ○)	1 65歳以上のひとり暮らしの高齢者 2 65歳以上の高齢者のみの世帯の者 3 日中、ひとりになることがある65歳以上の高齢者				