様式第１号（第５条関係）

**救急医療情報キットによる安心ネットワーク事業利用申込書**

年　　月　　日

名張市社会福祉協議会　会長様

私は、本利用申込書へ記入した情報について、名張市及び民生委員・児童委員へ提供することに同意し、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申込者（利用者１）** | **ふりがな** |  | **性別** | **生年月日** |
| **氏　名** |  | 男・女 | 明治・大正・昭和・平成年　　　月　　　日 |
| **住所** | **電話番号** |
| 〒518-名張市 |  |
| **申込事由** |
| 該当する事由に☑してください□ひとり暮らしの者　　　　　　　　□高齢者のみの世帯に属する者　　□日中独居となる高齢者　　　　　　□心身に障害のある者　　　□その他、救急時の対応に不安がある者（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**申込者のほか救急医療情報シートを必要とされる家族（同居の人）がいる場合、裏面の利用者情報もご記入ください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込代行者 | 氏　名 |  | 電話番号 |  |
| 住所または事業所名等 |  |
| □親族（続柄：　　　）　□民生委員・児童委員　□まちの保健室　□その他（　　　　　　） |

**※本利用申込書を第三者が代行し申し込む場合、下記も記入してください。**

受付機関記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 受付機関（受付者） | 配布日 | 配布者（担当者） | 台帳No |
| 年　月　日 | □名張市社協（　　　　　　　） | 年　月　日 | □名張市社協（　　　　　　　　　　）□民生委員・児童委員（　　　　　　）□まちの保健室（　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　） |  |
| 年　月　日 | □まちの保健室（　　　　　　　） | 廃止日　　年　月　日 |
| 日常の支援機関 | □民生委員・児童委員　　□まちの保健室　　□その他（　　　　　　　　　）　□なし |
| 備　考 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **利用者２** | **ふりがな** |  | **性別** | **生年月日** |
| **氏　名** |  | 男・女 | 明治・大正・昭和・平成年　　　月　　　日 |
| **申込事由** |
| 該当する事由に☑してください□高齢者のみの世帯に属する者　　　　　□日中独居となる高齢者　　　□心身に障害のある者　□その他、救急時の対応に不安がある者（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

私は、本利用申込書へ記入した情報について、名張市及び民生委員・児童委員へ提供することに同意し、下記のとおり申し込みます。

私は、本利用申込書へ記入した情報について、名張市及び民生委員・児童委員へ提供することに同意し、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **利用者３** | **ふりがな** |  | **性別** | **生年月日** |
| **氏　名** |  | 男・女 | 明治・大正・昭和・平成年　　　月　　　日 |
| **申込事由** |
| 該当する事由に☑してください□高齢者のみの世帯に属する者　　　　　□日中独居となる高齢者　　　□心身に障害のある者　□その他、救急時の対応に不安がある者（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **利用者４** | **ふりがな** |  | 性別 | 生年月日 |
| **氏　名** |  | 男・女 | 明治・大正・昭和・平成年　　　月　　　日 |
| **申込事由** |
| 該当する事由に☑してください□高齢者のみの世帯に属する者　　　　　□日中独居となる高齢者　　　□心身に障害のある者　□その他、救急時の対応に不安がある者（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

私は、本利用申込書へ記入した情報について、名張市及び民生委員・児童委員へ提供することに同意し、下記のとおり申し込みます。