

## 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 <input checked="" type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> ひとり暮らしの者 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 日中独居となる高齢者 <input type="checkbox"/> 心身に障害のある者 <input type="checkbox"/> 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。

※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。

申込 代 行 者	氏名		電話番号	
	住所または事業所名等			
	<input type="checkbox"/> 親族(続柄:                      ) <input type="checkbox"/> 民生委員・児童委員 <input type="checkbox"/> まちの保健室 <input type="checkbox"/> その他(                      )			

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	<input type="checkbox"/> 名張市社協 (                      )	年 月 日	<input type="checkbox"/> 名張市社協 (                      ) <input type="checkbox"/> 民生委員・児童委員 (                      )	廃止日 年 月 日
年 月 日	<input type="checkbox"/> まちの保健室 (                      )		<input type="checkbox"/> まちの保健室 (                      ) <input type="checkbox"/> その他 (                      )	
日常の支援機関	<input type="checkbox"/> 民生委員・児童委員 <input type="checkbox"/> まちの保健室 <input type="checkbox"/> その他 (                      ) <input type="checkbox"/> なし			
備考				

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 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 日中独居となる高齢者 <input type="checkbox"/> 心身に障害のある者 <input type="checkbox"/> 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。

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 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 日中独居となる高齢者 <input type="checkbox"/> 心身に障害のある者 <input type="checkbox"/> 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。

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 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 日中独居となる高齢者 <input type="checkbox"/> 心身に障害のある者 <input type="checkbox"/> その他、救急時の対応に不安がある者 ( )			