

別記様式（第4条関係）

救急医療情報キット配付申請書

ふじみ野市長 宛て

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

電話番号

利用者との関係

救急医療情報キットの配付を受けたいので、次のとおり申請します。

|          |  |  |             |                                |      |                                  |  |
|----------|--|--|-------------|--------------------------------|------|----------------------------------|--|
| 利用者の世帯状況 |  | <input type="checkbox"/> 高齢者一人暮らし                              |             | <input type="checkbox"/> 高齢者のみ |      | <input type="checkbox"/> 日中高齢者のみ |  |
| 利用者      | <input type="checkbox"/> 申請者本人                           |  |             | 生年月日                           |      |                                  |  |
|          |  |  |             | 明 大 昭 年 月 日                    |      |                                  |  |
|          | <input type="checkbox"/> 申請者以外の利用者(申請者と同居の高齢者等も記入してください) |  |             |                                |      |                                  |  |
|          | 住 所  | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> ふじみ野市 |             |                                |      |                                  |  |
|          | 電話番号   | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> ( )   |             |                                |      |                                  |  |
|          | 氏名①  | ふりがな   |             |                                | 生年月日 |                                  |  |
|          |  |  | 明 大 昭 年 月 日 |                                |      |                                  |  |
| 氏名②      | ふりがな   |  |             | 生年月日                           |      |                                  |  |
|          |  |  |             | 明 大 昭 年 月 日                    |      |                                  |  |
| 担当欄      | 配付場所   |  |             | No.                            |      |                                  |  |