

救急医療情報（終活情報）キット配付申請書

年 月 日

刈谷市長

下記の同意事項に同意のうえ、次のとおり申請します。

配付希望者	フリカゝナ		生年月日	年 月 日
	氏名	(自署又は記名押印してください。)		
	住所			
	電話番号			
申請事由	該当する番号に○を付けてください。 1 65歳以上のひとり暮らし ⇒ <input type="checkbox"/> 終活情報キットを希望する 2 その他 ()			
同意事項				
次の事項について同意します。(④、⑤は終活情報キットを希望される場合) ① 救急時には本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けて救急医療情報キットを取り出し、その情報を救急活動に活用することがあります。 ② 救急活動の状況によっては、希望するかかりつけ医療機関に搬送されないなど、救急医療情報キットの情報が活用されないことがあります。 ③ 救急医療情報キット用マグネットとシールは所定の位置（冷蔵庫扉・玄関ドアの内側）に貼り、救急医療情報キットは冷蔵庫扉の内側に保管すること。所定の位置にない場合は、救急医療情報キットが活用されないことがあります。 ④ 亡くなられた後にかかわる医療機関等が記載された終活情報を確認した場合であっても、その情報が活用されないことがあります。 ⑤ 終活情報シールは所定の位置（冷蔵庫扉・玄関ドアの内側・救急医療情報キットの側面）に貼り、終活シートは救急医療情報キットの容器に入れること。容器に入っていない場合は、終活情報キットが活用されないことがあります。				

※配付者記入欄

キット配付日	配付者
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 富士松 <input type="checkbox"/> 雁が音 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 依佐美 <input type="checkbox"/> 朝日 <input type="checkbox"/> 市役所長寿課