救急医療情報キット配付申請書

令和　　年　　月　　日

刈谷市長　あて

下記の同意事項に同意のうえ、次のとおり救急医療情報キットの配付を申請します。

<table>
<tr><td rowspan="3">配付対象者</td><td>フリガナ
氏　　名</td><td>㊞
（自署の場合は押印不要です。）</td><td>生年月日</td><td>明治・大正・昭和・平成
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>申 請 事 由</td><td colspan="4">該当する番号に〇を付けてください。
１　重度障害者（身体１～２級、療育Ａ判定、精神１級手帳所持者）
２　その他　（　　）</td></tr>
</table>

同　　意　　事　　項

次の事項について同意します。

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　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。