

救急医療情報キット配布申請書

年 月 日

白石市長 殿

救急医療情報キット（以下「キット」という。）の配布を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請者 (対象者 又は配布 協力者)	住 所	〒 白石市	電話番号	
	(ふりがな)		対象者との 続柄	家 族・民生委員 その他 ()
氏 名	印			
配 布 対象者	住 所	〒 白石市	電話番号	
	(ふりがな)		生 年 月 日	
氏 名	印	明・大・昭 年 月 日		
配 布 対象者	住 所	〒 白石市	電話番号	
	(ふりがな)		生 年 月 日	
氏 名	印	明・大・昭 年 月 日		
配 布 対象者	住 所	〒 白石市	電話番号	
	(ふりがな)		生 年 月 日	
氏 名	印	明・大・昭 年 月 日		
申請事由	該当する事由の番号に○をしてください。複数該当する場合は若い番号に○をつけてください。 3に該当する場合は、民生委員からの証明を受けて下さい。			
	1 ひとり暮らし65歳以上 2 65歳以上の者のみの世帯 3 災害時要援護者 上記の者は、災害時要援護者であること証明します。 () 地区民生委員 氏名 印 4 その他 ()			

※申請者氏名欄には、印鑑が必ず必要です。申請者と配布対象者が異なる場合、それぞれの印鑑が必要になります。

※裏面の了解事項について、確認のうえ、申請してください。
(裏面につづく)

次の事項について了解いたします。

- ① 救急活動によっては、救急隊が救急医療活動に必要な場合に活用するためキットを持ち出すこと。
また、不必要と判断したとき又は搬送に急を要するときは、キットを活用しない場合があること。
- ② ステッカーは玄関内側及び冷蔵庫扉外側へ貼ること。この場合、本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けてキットを取り出す場合があること。
また、冷蔵庫を開けた際に、冷蔵庫の中の食料品等が飛び出すなどし、損害を与えた場合、白石市及び仙南広域行政事務組合としては、責任を負いかねること。
- ③ 所定の位置（玄関内側及び冷蔵庫扉外側）にステッカーが貼られていなかったり、所定の場所（冷蔵庫の中）にキットを保管していなかったときは、キットを活用されない場合があること。
- ④ かかりつけ医療機関の記載があっても、他の病院に救急搬送される場合があること。
- ⑤ 医療情報用紙に救急隊員への伝言を記載されていても、必ずしも実行されるとは限らないこと。
- ⑥ キットは善良に管理するとともに医療情報用紙の記載内容に変更がある時には速やかに更新すること。
また、譲渡したり貸付けたりしないこと。