様式第１

救急医療情報キット配布申請書

年　　月　　日

　犬　山　市　長

 救急医療情報キットの配布を次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏　　　名 |  | 本人との関係 |   |
| 代行者名称 |  |
| 住　　 所 |  □ 下記の住所と同じ　　　　電話番号　　　　（　　　　） |
| 対象者 | ふりがな |  | 生年月日 | 明・大・昭 　年　　月　　日  |
| 氏　　 名 |  |
| 住　　 所 | 電話番号　　　　（　　　　） |
| 世帯構成 | * ひとり暮らし　　　□ 高齢者世帯　　　　□ 若年世帯
 |
| 氏　　名 | 続　柄 | 備　　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ※印の欄については記入をしないでください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号　第　　　号 | 高齢者あんしん相談センター　犬山北・犬山南・城東・羽黒・楽田出張所　城東・羽黒・楽田・池野 |
|  |