様式第２号（第４条関係）

年　　　月　　　日

恩納村長　様

住　　所

氏　　名

電話番号

配布対象者との続柄（　　　　）

救急医療情報キット配布申請書

　　　救急医療情報キットの配布を受けたいので、恩納村救急医療情報キット配布事業実施要網第４条の規定により、下記のとおり申請します。

　　また、救急医療情報キットに保管されている情報について、救急隊員、医療機関及び行政関係機関等が、必要時に活用することに同意します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配布対象者 | 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　・　女　） |
| 住　　所 | 恩納村字 |
| 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日　　（　　　　　歳） |
| 該当する番号に◯を付けてください。 | １　６５歳以上の高齢者 |
| ２　身体障害者手帳の交付を受けている者 |
| ３　療育手帳の交付を受けている者 |
| ４　精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者 |
| ５　自立支援医療受給者証（精神通院）の交付を受けている者 |
| ６　村長が特に必要と認める者 |
| 備考 |  |  |