

令和 年 月 日

（申請先） 土浦市長

（申請者） 住 所  
氏 名  
電話番号 （ ）  
対象者との続柄

土浦市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、土浦市救急医療情報キット配布事業実施要綱第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、救急活動に活用することに同意します。

記

対象者	氏 名	(男・女)	
	住 所	土浦市	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	
	該当する番号に○を付けてください。	1	ひとり暮らしのおおむね65歳以上の高齢者
		2	ひとり暮らしで身体障害者手帳の交付を受けている者
3		ひとり暮らしで療育手帳の交付を受けている者	
4		ひとり暮らしの精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者	
備考			