

## 救急医療情報キット配布申請書

平成 年 月 日

宮若市長 殿

宮若市救急医療情報キット配布事業実施要領4の規定に基づき申請します。

申請者	ふりがな 氏 名		続 柄	配布対象者の
	住 所	宮若市	電話番号	

配布対象者 1	ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日	電話番号	
	住 所	宮若市	行政区	

配布対象者 2	ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日	電話番号	
	住 所	宮若市	行政区	

配布対象者 3	ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日	電話番号	
	住 所	宮若市	行政区	

申請事由	該当する事由の番号に○をして下さい。			
	1. 65歳以上のひとり暮らし 2. 65歳以上の高齢者のみの世帯 3. 身体障害者手帳の交付を受けている 4. 療育手帳の交付を受けている 5. 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている 6. その他(理由をお書き下さい) ( )			

市役所整理欄(以下は記入しないで下さい。)

受付日	データ入力日	備 考
・		