

様式（第5条関係）

小金井市救急医療災害支援情報キット給付申請書

年 月 日

（宛先）小金井市長

私は、救急医療、災害時支援において、記載した情報が活用されることに同意し、下記のとおり救急医療災害支援情報キット（以下「キット」という。）の給付を申請します。
なお、申請した事項について、市の公簿等で確認することに同意します。

記

申請者（利用者）	氏名	(ふりがな)	性別
		(自署又は記名捺印をお願いします。) ⑩	
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生
	住所		
	電話番号		
	申請事由 該当する番号を○で囲んでください。	1 満75歳以上のひとりぐらし高齢者 2 満75歳以上の高齢者のみの世帯 3 要介護3から要介護5までのいずれかである者 4 身体障害者手帳1級又は2級である者 5 愛の手帳1度又は2度である者 6 精神障害者保健福祉手帳所持者 7 難病者福祉手当受給者又は国もしくは東京都の難病医療費助成の対象者 8 以上に準ずる状態にありキットの給付を希望する者 本欄の情報は資格確認と統計に使用します。市以外の者に提供することはありません。	
情報提供に関する同意事項	キットの給付を受けていることについて、氏名及び住所を小金井消防署、民生委員及び地域包括支援センターに情報提供することに同意します。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

申請者が利用者以外の場合にのみ記入してください。

代理申請者	氏名	
	住所	
	電話番号	
	利用者との続柄	