様式第1号（第4条関係）

救急医療情報キット配布申請書

年　　　月　　　日

七飯町社会福祉協議会

会長　伊藤　千惠子　様

申請者

住所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

　救急医療情報キットの配布を受けたいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 配布対象者 | 住　所 | 七飯町 | | | 町内会 | | | |
| 電話番号 |  | | |  | | | |
| ふりがな |  | 歳 | 性　別 | | 生年月日 | | |
| 氏　名 |  | 男･女 | | 明大昭平　　年　　月　　日 | | |
| ふりがな |  | 歳 | 性　別 | | 生年月日 | | |
| 氏　名 |  | 男･女 | | 明大昭平　　年　　月　　日 | | |
| ふりがな |  | 歳 | 性　別 | | 生年月日 | | |
| 氏　名 |  | 男･女 | | 明大昭平　　年　　月　　日 | | |
| 申請事由 | | 該当する事由に○をしてください。  1．ひとり暮らしの高齢者  2．高齢者世帯  3．ひとり暮らしの障がい者  4．障がい者世帯  5．高齢者と障がい者世帯  6．その他会長が認めた者 | | | | | | |
| 備　考 | |  | | | | | ボトル  受領印 |  |

※個人情報の取り扱いについて、本申込に記載された個人情報については、適切に管理すると共に、

本事業以外の目的には一切使用いたしません。