

(別記様式第1号)

山口市救急サポート安心キット配布申請書

申請日 令和 年 月 日

山口市長 様

山口市救急サポート安心キット配布申請にあたり、本申請書に記載した情報を山口市消防本部、地域包括支援センター及び民生委員に提供すること、また、利用者の緊急時に、容器内の情報を山口市消防本部と搬送先の医療機関が、利用者の同意なしで救急医療活動に利用することに同意し、下記のとおり申請します。

利 用 者	ふりがな		性 別	生 年 月 日	年 齢
	氏 名		男・女	大正 昭和 平成 年 月 日	歳
住 所	〒 ー	電話番号	()	ー	
	山口市				
本人)	申請理由	*該当する理由に下の□にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> ①65歳以上1人暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> ②65歳以上の高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> ③身体障害者手帳所持者 <input type="checkbox"/> ④その他必要と認める者(理由:)			

※申請者が利用者本人以外の場合には、下記を記入してください。

私は次の者を代理人とし、本申請に関する権限を委任します。

申 任 者	氏 名		利用者 との関係	
	住所又は 事業者名		電話番号	

■本申請を取り扱う薬局は、個人情報保護関連法令及び山口市との協定による個人情報についての守秘義務等を遵守し、山口市救急サポート安心キットを配布します。

※救急サポート安心キット配布確認チェック欄

<input type="checkbox"/> 保管容器	<input type="checkbox"/> 緊急時安心情報シート	<input type="checkbox"/> 冷蔵庫用ステッカー(シール式)	<input type="checkbox"/> 冷蔵庫用ステッカー(マグネット式)
<input type="checkbox"/> 緊急ダイヤルカード	<input type="checkbox"/> パンフレット	<input type="checkbox"/> 注意事項チラシ	<input type="checkbox"/> 注意事項の説明

●薬局記入欄

受付配布日	受付配布場所
	薬局

●市記入欄

受付配布日	受付配布場所
	<input type="checkbox"/> 山口総合支所 高齢福祉課 <input type="checkbox"/> () 総合支所総合サービス課 <input type="checkbox"/> () 地域交流センター

高齢福祉課記入欄

申請書受領	台帳入力