

救急医療情報キット給付申請書

年 月 日

那須塩原市長 様

救急医療情報キットの給付を受けたいので、次のとおり申請します。

申 請 者 1	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	那須塩原市		
	電話			
	申請事由	該当する事由を○で囲んでください。 ① 65歳以上の者のみの世帯に属する者 ② 身体障害者手帳の交付を受けている者 ③ 一人暮らし又は日中独居の者であって、健康上の不安を有するもの ④ その他（ ）		

申 請 者 2	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	申請事由	該当する事由を○で囲んでください。 ① 65歳以上の者のみの世帯に属する者 ② 身体障害者手帳の交付を受けている者 ③ 一人暮らし又は日中独居の者であって、健康上の不安を有するもの ④ その他（ ）		

※窓口に来られた方が申請者本人以外の場合、以下も記入してください。

代 理 人	ふりがな		電 話	
	氏名			
	住所又は 事業所名等			申請者との 続柄等