

(様式1)

記入例

能勢町命のカプセル配布申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(宛先) 能勢町長

能勢町命のカプセル（救急医療情報キット）の配布を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	能 勢 二 郎	使用者との関係	子
	氏名	能勢 二郎		
	住所	〒 563 - 0351 大阪府豊能郡能勢町栗栖 82-1 電話番号 072 (734) 0001		

使用者	フリガナ	能 勢 太 郎	生年月日	大・昭・平・令 21年12月24日 (75 歳)
	氏名	能勢 太郎		
	住所	〒 - <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 大阪府豊能郡能勢町		
電話番号	090-●●●●-●●●●	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	

申請事由	該当する数字に○を付けてください。 ① 75 歳以上の一人暮らし世帯であるため。 ② 75 歳以上の高齢者のみの世帯であるため。 ③ その他 ()
------	---

申請にあたり、次の事項について了承いたします。

- ①緊急時、本人や同居人の同意を得ることなく、冷蔵庫からカプセルを取り出し、活用する可能性があること。
- ②救急隊が不必要と判断した場合は、搬送に急を要する場合など、カプセルを使用しない可能性があること。
- ③かかりつけ医療機関があっても、他の医療機関に救急搬送される可能性があること。
- ④カプセルは適切に管理し、記載内容に変更があるときは速やかに更新するとともに、譲渡や貸与したりしないこと。
- ⑤命のカプセルの配布状況として、上記個人情報を能勢町民生委員児童委員協議会に提供すること。

※カプセルの配布数は1世帯につき1個。カプセル内には複数枚の「緊急時連絡票」が収納可能です。