

(様式1)

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		使用者との関係	
	氏名			
	住所	〒 -	電話番号 ()	

使用者	フリガナ		生年月日	大・昭・平・令
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		年 月 日 (歳)
	住所	〒 -	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	電話番号		性別	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。