

救急医療情報キット配布申請書

令和 年 月 日

福生市長 宛て

福生市救急医療情報キット配布事業実施要綱第4条の規定に基づき申請します。

利 用 者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒 福生市		
	電話	()		
	申請事由 該当に○	(1) 65歳以上の方 (2) 身体障害者手帳の交付を受けている。 (3) 愛の手帳の交付を受けている。 (4) 精神障害者福祉手帳の交付を受けている。 (5) その他 ()		

※ 申請者が利用者本人以外の場合、次の欄も記入してください。

申 請 者	氏名		電話	
	住所又は 事業所名等		利用者との 関係	

市役所整理欄（以下は記入しないでください。）

受付者	整理番号	申請者名簿入力	区分