

第2号様式（第4条関係）

白井市救急医療情報キット配布申請書

年 月 日

（宛先）白井市長

白井市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	氏名		電話番号	( )	
	住所			対象者との続柄	
配布対象者	ふりがな		生年月日	年	月 日 ( 歳)
	氏名		電話番号	( )	
	住所	白 井 市			
申請事由	該当する事由に○をしてください。 1 65歳以上でひとり暮らしの者 2 65歳以上の者のみの世帯に属する者 3 障害者手帳の交付を受けている者（身体・知的・精神） 4 その他（上記に準じる理由）				
介護認定に関わる事項	該当する□にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )				
	<居宅介護支援事業所名> 電 話 ( )				
障害福祉サービスの利用に関わる事項	該当する□にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 利用している（内容：） <input type="checkbox"/> 利用していない				
	<相談支援事業所名> 電 話 ( )				

処理欄（以下は記入しないでください。）

受付日	受理
年 月 日	<input type="checkbox"/> 高齢者福祉課 <input type="checkbox"/> 白井中央 <input type="checkbox"/> 西白井駅前 <input type="checkbox"/> 白井駅前