

あきる野市長 殿

住 所
氏 名
生年月日
電話番号

救急医療情報キット配付申請書

このことについて、下記のとおり申請いたします。

記

1. 対象事由

1	65歳以上の者
2	身体障害者手帳の交付を受けている者
3	愛の手帳（東京都療育手帳）の交付を受けている者
4	精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者
5	その他（ ）

2. その他

同居者	氏 名	生年月日	備考

緊急連絡先	氏 名	住 所	電話番号