別記様式１（第４関係）

**栃木市緊急医療情報カプセル配付申請書**

令和　　　年　　　月　　　日

　（宛先）栃木市長

　次のとおり、栃木市緊急医療情報カプセルを申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申 請 者(利 用 者) | フリガナ |  |
| 氏　　名 | 　　　　 |
| 住　　所 | 栃木市 |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 電話番号 |  |
| 申　請　事　由 | （該当する欄に○を付けてください。）１　６５歳以上のひとり暮らしの方２　６５歳以上の高齢者世帯３　内部障害のある身体障がい者手帳１級、２級、３級の方で内臓疾患を有する方４　療育手帳A1若しくはA2の方、精神障がい者保健福祉手帳１級の方５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請者以外の利用者 | 氏　名 |  | 続　柄 | 利用者から見て　　　　　　　 |
| 氏　名 |  | 続　柄 | 利用者から見て　　　　　　　 |

**○ 代理申請の場合**

|  |  |
| --- | --- |
| 代理申請者 | 　　　 |
| 住　　所事業所名等でも可 | □ 利用者と同じ |
| 電話番号 |  |
| 続　　柄 | 　利用者から見て　　　　　　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 承　諾　事　項 | ア　救急活動によっては、カプセルを活用しないことがあること。イ　カプセルを冷蔵庫に保管し、ステッカーを所定の位置に貼ること。ウ　救急活動の際、本人や同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けてカプセルを確認する場合があること。エ　救急時に、かかりつけ医療機関以外の病院に搬送される場合があること。オ　地域での見守りの観点から、配付対象者本人の情報を関係機関へ提供されることがあること。カ　カプセルを他人に譲渡したり貸付けしたりしないこと。キ　カプセル内部情報の更新をこまめに行い、カプセルの利用可能状態を保つこと。ク　カプセル利用者の住所を、消防救急隊と共有すること。 |