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。 |