

ひらかた安心カプセル（救急医療情報キット）

配付申込書

（あて先）

枚方市長

ひらかた安心カプセル（救急医療情報キット）の配付を申し込みます。

年 月 日

ふりがな				
氏 名				
住 所	枚方市			
生年月日	年 月 日	年齢	満	歳
①申込みをされる事由の番号に○をご記入ください。（複数可） 1. 65歳以上である。 2. 障害者手帳を有している。 3. 一人住まいである。 4. 一人住まいではないが、一人でいる時間が長い。 5. その他 				

②次の事項に同意いただけますか。（下の「同意します」を○で囲んでください）

ア：救急隊が不必要と判断した場合、搬送に急を要する場合や、所定の場所にひらかた安心カプセル（以下「カプセル」という。）やステッカーがない場合などは、カプセルを活用しない場合があること。

イ：救急隊員への伝言等の記載事項については、実行されない場合があること。

ウ：カプセルに保管する内容は必要に応じて更新するとともに、カプセルを善良に管理し、譲渡したり貸し付けたりしないこと。

同意します

◎ひらかた安心カプセルは、枚方市役所 健康福祉政策課、もしくは民生委員・児童委員の見守り活動の中で配付いたします。

そのため、枚方市役所を通じて配付を受けた場合は、お住まいの地区担当の民生委員に報告することへの同意をいただけるかについてお聞きします。

・ 同意します

・ 同意しません