



『救急医療情報キット』を

配付しています!



湯河原町社会福祉協議会では、高齢者世帯及び障がいのある方がいる世帯を対象に「救急医療情報キット」の無料配付を行っています。

ご自宅での病気や災害等の緊急時に備えて、持病や普段飲んでいる薬などの医療情報を記入したものを用意しておき、救急隊や医師に的確な情報を速く伝えることにより、安心安全を確保することを目的としています。

配付対象

- ・町内在住で、65歳以上のひとり暮らし高齢者
- ・町内在住で、65歳以上の高齢者がいる世帯
- ・町内在住で、障がいのある方がいる世帯

配付を希望される方やご不明な点があれば、湯河原町社会福祉協議会までお問い合わせください。

〒259-0301 湯河原町中央四丁目 12 番地 5
TEL : 0465 - 62 - 3700 FAX : 0465 - 62 - 5150
社会福祉法人 湯河原町社会福祉協議会

救急医療情報キット利用申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人
湯河原町社会福祉協議会 会長 様

受付印

次のとおり救急医療情報キットの利用を申請します。

ふりがな		性別	男・女
希望者氏名 ※ ¹			
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日生
住所	湯河原町		
電話番号			
区分	1. 65歳以上のひとりぐらし高齢者世帯 2. 65歳以上の高齢者がいる世帯（配布対象者総数 名） 3. 障がいのある方がいる世帯（配布対象者総数 名） 4. その他（ ） 【配布対象者が複数の場合は、裏面への記入をお願いします。】		

※¹配布対象となる方（代表者）について記入してください。

【代理申請の場合】 代理申請者が民生委員の場合は、氏名のみ記入してください。

代理申請者 氏名		希望者 との関係	
代理申請者 住所		代理申請者 電話番号	

処理欄（以下は記入しないでください）

決定区分	<input type="checkbox"/> 配布する	<input type="checkbox"/> 配布しない	受付者	
※配布しない場合の理由：				

救急医療情報キット利用申請書（裏面）

【世帯員名簿】対象者が複数いる場合記入してください。

世帯員氏名	希望者との関係	生年月日	備考
2		大正 昭和 平成 ・ ・ 生	
3		大正 昭和 平成 ・ ・ 生	
4		大正 昭和 平成 ・ ・ 生	
5		大正 昭和 平成 ・ ・ 生	
6		大正 昭和 平成 ・ ・ 生	
7		大正 昭和 平成 ・ ・ 生	

緊急連絡カード 配布希望枚数	枚（予備含む）
----------------	---------

【注意】救急医療情報キット（容器）の配布は、1世帯につき1つです。対象者が複数いる場合には、それぞれに緊急連絡カードを記入して保管してください。

通信欄
