

同意及び了解事項

- ① 「かでな安心キット」が設置されている方の氏名等の情報は、スムーズな救急活動、地域の見守り体制の構築を促進するため、消防・自治会・民生委員・その他支援者へ提供されることがあります。
- ② 緊急時には本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けて「かでな安心キット」を取り出すことがあります。
- ③ 「かでな安心キット」は、救急活動に必要または有用であると判断した場合に限り使用されます。そのため「かでな安心キット」を設置しても、状況により使用されないことがあります。
- ④ 搬送先の医療機関は、本人の状態により、救急医療情報用紙に記載された「かかりつけ医療機関」へ搬送されない場合があります。

行政区：_____

担当民生委員：_____

かでな安心キット申請書

年　月　日

社会福祉法人 嘉手納町社会福祉協議会会長 様

かでな安心キットの設置を依頼したいので、下記のとおり申請します。

申請者 1 (利用者)	住所	〒904-02 兼久・水釜・嘉手納・屋良・久得		電話番号	
	(ふりがな)		男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成
	氏名				年 月 日
申請理由	該当する番号に○をつけて下さい。 1. 65歳以上の者 2. 障がいのある者 3. その他[]				
該当する番号に○をつけて下さい。					
■緊急時に応してくれる方が沖縄県内にいますか？					
1. はい (市町村名 : 氏名 :)		続柄 : 電話番号 :)			
2. いいえ					
■世帯状況					
1. 単身 2. 夫婦のみ 3. その他 ()					
持病・治療中の病気、障がい等がある場合は記入して下さい。 ()					

上記対象者以外で同じ世帯内に設置 対象者がいる場合は、こちらにもご記入下さい。

申請者 2 (利用者)	(ふりがな)	氏名	男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成
	年 月 日				
申請理由	該当する番号に○をつけて下さい。 1. 65歳以上の者 2. 障害のある者 3. その他[]				
持病・治療中の病気、障がい等がある場合は記入して下さい。 ()					

※申請者が利用者本人以外の場合には、下記にもご記入して下さい。

代理申請	氏名	電話番号		
	住所	〒	利用者と の関係	

同意欄	かでな安心キット設置に際して提供した情報を、必要な範囲で関係者が使用することに同意します。			
	氏名		代筆者 氏名	続柄()