

第2号様式（第4条関係）

令和 年 月 日

(宛先) 昭 島 市 長

氏 名

昭島市救急医療情報キット申請書

昭島市救急医療情報キット配布事業実施要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申請します。

利 用 者	フリガナ 氏 名	
	住 所	〒 昭島市
	生 年 月 日	大・昭 年 月 日 (歳)
	電 話 番 号	
	申 請 事 由	(1) 65歳以上の単身世帯の者 (2) 65歳以上の者のみの世帯に属する者 (3) その他 ()

※申請者が利用者本人以外の場合、次の欄も記入してください。

申請者	フリガナ 氏 名		電話番号	
	住所又は 事業者名		利用者 との関係	