

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	