

# 救急情報キット申込書

年 月 日

申込者	ふりがな ( )
	氏 名 : _____
	生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)
	住 所 : 紀の川市 _____
	電話番号 : _____
	障害者手帳の有無 : 有 ・ 無
同居家族氏名	氏 名 :
	生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)
	氏 名 :
	生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)
	氏 名 :
	生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)

※救急情報キットは1世帯に1個です。

担当民生委員

( \_\_\_\_\_ )

支 所	高齢介護課