**救急医療情報キット「とよなか安心キット」交付申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申 込 日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| お 名 前 | ふりがな |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 住　　所 | 豊中市 |
| 電　　話 | 　　　　　　　－　　　　　　　　　－ |

下記のとおり、救急医療情報キット「とよなか安心キット」の交付申込をします。

**対象項目**　該当する項目に○をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 身体障害者手帳を所持している |  |
| 精神障害者保健福祉手帳を所持している |  |
| 療育手帳を所持している |  |
| 手帳は所持していないが、障害福祉サービスを受けている |  |

**交付要件**　該当する項目に〇をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 市内に在宅で生活しています |  |
| 他の制度により同様の安心キットの配布を受けていません |  |

※該当しない項目がある場合は、交付要件を満たしていません。

**交付方法**　該当する項目に〇をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 郵送での交付を希望します |  |
| 窓口での交付を希望します |  |