**下北手地区社会福祉協議会**

**安心キット申込書**

（申込日）令和　　年　　月　　日

安心キットの利用を希望しますので、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込者 | おところ | 秋田市下北手  電話　　　‐ |
| （フリガナ） |  |
| お名前 |  |
| （フリガナ） |  |
| お名前 |  |
| （フリガナ） |  |
| お名前 |  |
| 保管方法 | ※希望する保管方法に〇をしてください（どちらか１つを選択）  ・容器版（冷蔵庫の中で保管）  ・ファイル版（冷蔵庫の外側に貼って保管） | |
| 世帯状況  (任意記入) | ※該当に○をしてください。  ・一人暮らし高齢者　　　　　　・高齢者のみの世帯  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

![QR コード

自動的に生成された説明]()記載後は町内会長・民生委員・福祉協力員・下北手地区コミュニティセンターのいずれかまで 渡しください。オンラインでもお申し込みいただけます。<http://simokitate.jp/>　の中の「緊急

医療情報キット（安心キット）」まで。

※下北手地区社会福祉協議会関係者記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 町内会名 |  | 民生委員 |  |
| 福祉協力員 |  |