

様式第1号（第3条関係）

日光市命のカプセル配付申請書

年 月 日

日光市長 様

命のカプセルの配付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	住所又は 所在地	(事業所の名称 :)	電話番号	
	ふりがな		配付対象者 との関係	
配付 対象者	氏 名			
	住 所		電話番号	
	ふりがな			
	氏 名		生年月日	年 月 日
認知症 の状況 等	<p>該当するところをチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる</p> <p><input type="checkbox"/> 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする</p> <p><input type="checkbox"/> 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、絶えず介護を必要とする</p> <p><input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>			
<p>次の事項について了解いたします。</p> <p>① 救急活動によっては、救急隊が不必要と判断したとき又は搬送に急を要するときは、命のカプセルを活用しない場合があること。</p> <p>② かかりつけ医療機関があっても、他の医療機関に救急搬送される場合があること。</p> <p>③ 命のカプセルは善良に管理するとともに、譲渡したり貸し付けたりしないこと。</p>				
希望する命のカプセルのタイプ	<p>ネックレス（小） ・ ネックレス（大） ・ キーホルダー</p>			