

(表)
ひまわり安心カプセル配布申請書

年 月 日

南九州市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
自治会名

ひまわり安心カプセルの配布を受けたいので、次のとおり申請します。
また、ひまわり安心カプセルの配布を申請するに当たり、裏面記載の同意事項についても同意します。

配布希望者氏名	続柄	生年月日	配布事由
			1 65 歳以上 2 障害がある 3 健康上の不安 4 その他 ()
			1 65 歳以上 2 障害がある 3 健康上の不安 4 その他 ()
			1 65 歳以上 2 障害がある 3 健康上の不安 4 その他 ()
			1 65 歳以上 2 障害がある 3 健康上の不安 4 その他 ()
			1 65 歳以上 2 障害がある 3 健康上の不安 4 その他 ()

緊 急 時 の 連 絡 先			
氏 名	続柄	電話番号	住 所
			〒
			〒
			〒

注) この申請書は、世帯において配布を希望する者の全員について記入してください。

(裏)

【同意事項】

- 1 配布を受けたひまわり安心カプセル（以下「安心カプセル」という。）は、善良な管理のもとに、次の事項に留意する。
 - (1) ひまわり安心カード（以下「安心カード」という。）に必要事項を記入の上、必要に応じて、薬剤情報提供書や顔写真、保険証の写しなど急病等の緊急時に必要だと思われる書類等を保管容器に収納し、冷蔵庫の中の見えやすいところに保管すること。
ただし、世帯に2人以上の配布対象者がいる場合、それぞれどの対象者のものと判断できるようにして保管すること。
 - (2) 前号の規定により保管した冷蔵庫扉表面の右上に冷蔵庫用マグネットを貼付すること。
 - (3) 玄関の内側の見やすい場所に玄関用ステッカーを貼付すること。
 - (4) 安心カードに記入した事項に変更を生じたときは、速やかに更新すること。
- 2 救急活動の際に、利用者の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けて、安心カプセルを取り出し、安心カード記載事項を確認する場合があること。
- 3 救急隊、消防隊等が救急活動に不要と判断したとき又は搬送に急を要するときは、安心カプセルを使用しない場合があること。
- 4 かかりつけ医療機関があっても、状況により他の医療機関等に救急搬送される場合があること。
- 5 この申請書及び安心カードに記載されている事項を、その目的の範囲内で、消防機関、医療機関、警察、自治会長、民生委員・児童委員、在宅福祉アドバイザー、保健推進員、社会福祉協議会、市役所等その他関係機関に周知し、活用する場合があること。
- 6 安心カプセルは、これを譲渡または転貸しないこと。
- 7 安心カプセルの一部または全部を紛失、破損その他の理由により、使用することができなくなったときは、すみやかに安心カプセルの一部または全部の再配布申請を行うこと。また、再配布において、安心カプセルの破損した一部及び全部が現存するときは、これを返却すること。
- 8 安心カプセルの配布を受けた者が、次のいずれかに該当するときは、速やかに安心カプセルを返却すること。
 - (1) 配布対象者の条件に該当しなくなったとき
 - (2) 安心カプセルを配布する必要がなくなったと認めるとき