

令和 年 月 日

柏市消防局長 あて

申請者 住所
氏名
電話 ()
傷病者との関係 ()

救急搬送証明申請書

1	救急要請日時	年 月 日 時 分		
2	救急要請場所			
3	傷病者 (証明を受ける人)	住所	電話番号 ()	
		フリガナ		
		氏名		
5	搬送先医療機関			
6	提出先			
7	使用目的			
8	必要通数	通		
9	※申請者確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他		
※受付印		※公印	※契印	※備考

- 備考 (1) 1,2 欄の記載については、消防職員の説明を受け記入して下さい。
 (2) 救急搬送された本人又は搬送された本人と同居する家族以外の方が申請する場合は、委任状を添付してください。
 (3) ※印の欄は、記入しないで下さい。

記入例

第6号様式（第17条の2）

申請する日を記入してください。

令和 年 月 日

柏市消防局長 あて

申請する方の住所・氏名等を記入してください。

搬送された方と申請する方の関係を記入してください。

申請者 住所
氏名
電話 ()
傷病者との関係 ()

救急車を要請した場所を記入してください。

救急搬送証明申請書

救急車を要請した日時を記入してください。

1	救急要請日時	年 月 日 時 分	
2	救急要請場所		
3	傷病者 (証明を受ける人)	住所	電話番号 ()
		フリガナ	
		氏名	搬送先医療機関名を記入してください。
5	搬送先医療機関	〇〇病院	提出先の正式名称を記入してください。
6	提出先	〇〇保険会社	〇〇市役所
7	使用目的	保険請求のため 出生届提出のため	
8	必要通数	通	
9	※申請者確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他	
※受付印		公印	※契印
必要な通数を記入してください。		本人確認ができる公的な証明書を持参してください。	

備考 (1) 1,2 欄の記載については、消防職員の説明を受け記入して下さい。

(2) 救急搬送された本人又は搬送された本人と同居する家族以外の者が申請する場合は、委任状を添付して下さい。

(3) ※印の欄は、記入しないで下さい。

当市の救急車により搬送されたことの確認を行なう必要がありますので、申請前に救急課へ電話をしてください。交付までの時間も短縮できます。