

様式第1号（第3条関係）
救 急 搬 送 証 明 交 付 申 請 書

深 谷 市 消 防 本 部 消 防 長 宛て

年 月 日		必要枚数	枚
申 請 者 (窓口に来られた人)	住 所	電話番号 () -	
	フリガナ		傷病者との関係 ☐ 本人 ☐ 親族 () ☐ 代理人 ()
	氏 名		
出 場 要 請 日 時 (覚 知 時 間)	年 月 日 時 頃		
出 場 要 請 場 所 (発 生 場 所)			
傷 病 者 (証 明 を 受 け る 人)	住 所	電話番号 () -	
	フリガナ		
	氏 名		
〔 傷病者本人の場合は 記入不要 〕			
搬送先医療機関等			
使 用 目 的	1 保険金請求 2 その他 (詳しく記入してください) ()		

- 備考
- 1 太枠の中を記入してください。
 - 2 窓口に来られた人が配偶者、同居親族又は血族二親等内の親族以外の場合は委任状が必要です。

受 付 印

申請者 確認欄	☐ マイナンバーカード	☐ 運転免許証	☐ 運転経歴証明書
	☐ 旅券	☐ 身体障害者手帳	☐ 身体障害者保健福祉手帳
	☐ 療育手帳	☐ 在留カード	☐ 特別永住者証明書
	☐ その他 ()		

手数料	調定日	調定番号	調定額
	・ ・		円