

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

|                    |                                        |                                    |                                                                                                                          |
|--------------------|----------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 令和 〇 年 〇 月 〇 日     |                                        | 必要枚数                               | 〇 枚                                                                                                                      |
| 申請者<br>(窓口に来られた人)  | 住所                                     | 埼玉県深谷市〇〇番地〇<br>電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇 |                                                                                                                          |
|                    | フリガナ                                   | フカヤ タロウ                            | 傷病者との関係<br><input type="checkbox"/> 本人<br><input checked="" type="checkbox"/> 親族 (父)<br><input type="checkbox"/> 代理人 ( ) |
|                    | 氏 名                                    | 深 谷 太 郎                            |                                                                                                                          |
| 出場要請日時<br>(覚知時間)   | 令和 〇 年 〇 月 〇 日 午 前 〇 時頃                |                                    |                                                                                                                          |
| 出場要請場所<br>(発生場所)   | 埼玉県深谷市〇〇町〇番〇号                          |                                    |                                                                                                                          |
| 傷 病 者<br>(証明を受ける人) | 住所                                     | 埼玉県深谷市〇〇番地〇<br>電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇 |                                                                                                                          |
|                    | フリガナ                                   | フカヤ イチロウ                           |                                                                                                                          |
|                    | 氏 名                                    | 深 谷 一 郎                            |                                                                                                                          |
| 搬送先医療機関等           | 〇 〇 病 院                                |                                    |                                                                                                                          |
| 使用目的               | ① 保険金請求<br>2 その他 (詳しく記入してください。)<br>( ) |                                    |                                                                                                                          |

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<br>確認欄 | <input type="checkbox"/> マイナンバーカード | <input type="checkbox"/> 運転免許証   | <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書     |
|            | <input type="checkbox"/> 旅券        | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 | <input type="checkbox"/> 身体障害者保健福祉手帳 |
|            | <input type="checkbox"/> 療育手帳      | <input type="checkbox"/> 在留カード   | <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書    |
|            | <input type="checkbox"/> その他 ( )   |                                  |                                      |
|            |                                    |                                  |                                      |

|     |     |      |     |
|-----|-----|------|-----|
| 手数料 | 調定日 | 調定番号 | 調定額 |
|     | . . |      | 円   |