様式第１号**の1**（第５条関係）

# 傷 病 者 搬 送 証 明 申 請 書

（あて先） 広 島 市 消 防 局 長

| 令和　　年　　月　　日 | | 必要枚数 | 枚 |
|---|---|---|---|
| ① 出動要請日時 | 年　　月　　日　　時　　分 | | |
| ② 出動要請場所 | | | |
| ③ 傷病者（証明を受ける人） | 住　所 | 電話番号（　　）　－ | |
| | フリガナ | | |
| | 氏　名 | | |
| ④ 搬送先医療機関 | | | |
| ⑤ 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>（　　） | | |
| ⑥ 申請者（窓口に来られた人）<br>（傷病者本人の場合は記入不要） | 住　所 | 電話番号（　　）　－ | |
| | フリガナ | | 傷病者との関係 |
| | 氏　名 | | |

注１）太枠の中をお書きください。

注２）窓口に来られた人が配偶者、同居親族、血族二親等内の親族又は日常生活において相互に協力し合うことを約した者として市長が認める者以外の場合は委任状が必要です。

受 付 印

| 申請者確認欄 | □運転免許証　□個人番号カード　□旅券　□戸籍謄本<br>□パートナーシップ宣誓書受領カード<br>□その他（　　） |
|---|---|

| 手数料の減免 | 証明年月日 | 領収書番号 | 金　額 |
|---|---|---|---|
| 有 ・ 無 | 令和　・　・ | | ￥ |

| 係 | 係長 | 主幹・補佐 | 課長 | 公印 | 領収書照合印 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ／ | |

専消救００１　２．１２改　Ａ４　再生５５　５年保存