

救急搬送証明申請書

平成 年 月 日

岳南広域消防組合
消防長

あて

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印

下記のとおり、救急搬送したことを証明願います。

記

1	使用目的	(1)保険請求のため (2)勤務先への提出 (3)その他()	2	必要部数	部
3	傷病者と申請者との関係	(1)本人 (2)家族(続柄:) (3)代理人()			
4	傷病者	住 所			
		ふりがな 氏 名	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
		電話番号	職業又は勤務先		
5	覚知日時	平成 年 月 日() 時 分			
6	出場場所				
7	申請又は記入上の留意事項	(1) 代理人の場合は委任状を添付のうえ、提出してください。また、交付に際して、本人又は代理人を確認するため、運転免許証の写し等で確認させていただきますが、ご了承願います。 なお、その際の確認方法として免許証又は免許証のコピーを持参してください。 (2) 該当項目を で囲む又は必要事項を記入してください。なお、5及び6の欄にあっては消防職員の指示に基づき記載してください。 (3) 証明に係る手数料は1部につき300円で、銀行振込が必要です。なお、詳細は所轄消防署等に問い合わせてください。			
受 付 欄		経 過 欄			

印の欄には記入しないで下さい。