別記様式第4号（第45条関係）

救　急　搬　送　証　明　願

美祢市消防本部

消防長　　　　　　　　　　　様

下記のとおり、救急隊に搬送されたことを証明願います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請日　　　　　　　　 | 年　　月　　日 |
| 傷病者 | 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）本人が手書きしない場合は、**記名押印**してください。 |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 住所 |  |
| 電話 |  |
| 窓口に来た人 | □本人　□代理人 | 代理人の場合 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話 |  |
| 申請者との関係 |  |
| 委任状 | □不要　□必要（配偶者、同居親族及び血族二親等である場合は不要） |
| 本人確認(委任状不要の場合も確認を要する) | □運転免許証　□健康保険証　□マイナンバーカード□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 事故発生日時 |  |
| 事故発生場所 |  |
| 搬送先医療機関 |  |
| 使いみち（提出先） |  |  |  |
|  |

上記願出は、事実に相違ないことを証明します。

　　　　　年　　月　　日

美祢市消防本部

消防長　　　　　　　　　印