令和　　年　　月　　日

　小浜市長　様

安定ヨウ素剤事前配布申請書

　安定ヨウ素剤の事前配布を希望します。なお、転出等により、服用の必要がなくなった場合は、速やかに薬剤を返却することをお約束します。

|  |  |
| --- | --- |
| ①代表者氏名（※１） | （フリガナ） |
|  |
| ②住所 |  |
| ③連絡先電話番号 |  |
| ④配布要件（代表者） | ア　□　１２歳以下の方イ　□　妊婦、授乳婦の方ウ　□　障がいや病気等により、速やかに避難することが困難な方　　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）エ　□　ア～ウの同居家族の方 |
| ⑤配布を希望する家族等※２ 代表者との続柄※３ 住所が別居の方が含まれる場合、⑥備考欄に番号と住所を記載※４　ウを選択した場合、⑥備考欄に番号と理由を記載 | 番号 | 氏名 | 続柄(※２) | 住所(※３) | 要件チェック（※４） |
| １ |  |  | □同居□別居 | □ア　　□イ□ウ　　□エ |
| ２ |  |  | □同居□別居 | □ア　　□イ□ウ　　□エ |
| ３ |  |  | □同居□別居 | □ア　　□イ□ウ　　□エ |
| ４ |  |  | □同居□別居 | □ア　　□イ□ウ　　□エ |
| ５ |  |  | □同居□別居 | □ア　　□イ□ウ　　□エ |
| ６ |  |  | □同居□別居 | □ア　　□イ□ウ　　□エ |
| ⑥備考 |  |

※１　代表者はどなたでも結構ですが、代表者および⑤同居家族にア～ウの要件に該当する方が1名以上いることが必要です。