（注）受け取り希望日の１０日前までに提出してください。

米子保健所用

安定ヨウ素剤事前配布申込書

令和　　年　　月　　日

鳥取県西部総合事務所福祉保健局（米子保健所）　御中

　　　（〒　　　　－　　　　　）

（申込者）　住　　所

氏　　名

連 絡 先　（　　　　　）　　　 －

安定ヨウ素剤の事前配布を受けたいので、下記のとおり申し込みます。

記

１　受け取り希望日（予約日）

　　毎月第２・第４火曜日（祝日を除く）（午後３時～午後５時）に実施します。

ご希望の日と、およその来所時間をご記入ください。

（来所は、午後４時３０分までにお願いします。）

※予約が集中した場合は、変更をお願いする場合があります。

　〇希望日：　　　月　　　　日（火）　　〇来所時間：　午後　　　　時　　　分頃

２　申し込み理由

　　該当する理由に○を記入してください（複数記入可）。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 障がいや病気により緊急時に取りに行くことが難しい。 |
|  | 高齢者や障がい者、小さい子ども等が世帯におり、緊急時に受け取りに行くことが難しい。 |
|  | 緊急時に受け取る場所（一時集結所）までの距離が遠い。 |
|  | その他上記に準ずる理由がある。 |

【※裏面に続く】

３　配布を希望する方

（申請者と同居するご家族に限ります。申請者ご自身についても記入してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な | 生　年　月　日 | 申請者との続柄 |
| 氏　　名 |
|  | 大・昭平・令　　　　．　　　．　　 |  |
|  |
|  | 大・昭平・令　　　　．　　　．　　 |  |
|  |
|  | 大・昭平・令　　　　．　　　．　　 |  |
|  |
|  | 大・昭平・令　　　　．　　　．　　 |  |
|  |
|  | 大・昭平・令　　　　．　　　．　　 |  |
|  |
|  | 大・昭平・令　　　　．　　　．　　 |  |
|  |
|  | 大・昭平・令　　　　．　　　．　　 |  |
|  |

４　同居の親族以外の方に代理受領を委任される場合（※該当者のみ）

　　単身世帯等のため来所が難しい方で、同居する親族以外の方に代理受領を委任される場合は、以下に委任される方の氏名等を記入してください。

　【代理受領を委任される方】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　ふ　り　が　な | 住　　　所 | 申請者との関係 |
| 氏　　名 |
|  |  |  |
|  |

　※後日、この申込書の申込者あてに郵送される「問診票兼受領書」の委任状欄に、配布対象者ご本人と委任される代理受領者の記名・押印が必要となります。

※本申込書に記載された内容は、安定ヨウ素剤の事前配布にかかる事務のみに利用し、それ以外の目的での利用はしません。