**食料品配送サービス申請書**

**鹿沼市長　宛　（ＦＡＸ　０２８９－６３－８３１３）**

**❶自宅療養をされている方の情報**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | | **生年**  **月日** | | **大・昭・平・令　 　年**  **月　　日生まれ** |
| **氏　名** |  | |
| **住　所** | **〒　　　　　－**  **鹿沼市** | | | | |
| **電話番号** |  | | | | |
| **検査日** | **令和　　年　　月　　日** | **自宅療養**  **開始日** | | **令和　　年　　月　　日** | |

**➋申請者情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **❶の方**  **との関係** | **本　人　・　（　　　　　）※　本人の場合、この後は記入不要** | | |
| **ふりがな** |  | **生年**  **月日** | **大・昭・平・令　 　年**  **月　　日生まれ** |
| **氏　名** |  |
| **住　所** | **〒　　　　　－** | | |
| **電話番号** |  | | |

**【確認事項】**

**①　個人情報の閲覧及び事業関係機関への提供を行います。**

**②　陽性確認が取れない場合は、送付されない場合があります。**

**③　配送確認のため、市からご本人に電話連絡をします。**

**【注意】**

**①　個人情報の閲覧及び事業関係機関への個人情報の提供を行います。**

**②　陽性確認が取れない場合は、送付されない場合があります。**

**③　配送確認のために、市からご本人に電話をします。**

|  |  |
| --- | --- |
| **受付日** | **一覧入力** |
|  |  |

**①～③に同意されたうえで申請しますか。（□にチェックしてください）**

**□　申請する　　　　□　申請しない**