

# 食料品配送サービス申請書

鹿沼市長 宛 (FAX 0289-63-8313)

## ① 自宅療養をされている方の情報

ふりがな		生	大・昭・平・令 年 月 日生まれ
氏名		年月日	
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

## ② 申請者情報

①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	大・昭・平・令 年 月 日生まれ
氏名		年月日	
住所	〒		
電話番号			

### 【確認事項】

- ① 個人情報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。

①～③に同意されたうえで申請しますか。(口にチェックしてください)

申請する       申請しない

受付日	一覧入力