

四條畷市自宅療養者等生活支援申込書

自宅療養者等情報 記入欄

申請日	年	月	日	
ふりがな				
名前				
生年月日	年	月	日	
住所	〒575- 四條畷市			
電話番号	つながりやすい番号を記入：(- -)			
検査日	年	月	日	
結果判明日	年	月	日	
結果	(陽 ・ 陰) どちらかに○をしてください			
受検病院名				
療養期間終了日 (健康観察期間終了日)	(終了予定日) 年 月 日			
世帯人数	()人 支援物品を希望する世帯員数を記入			
希望内容 (1人1セットまで)	【大人用】	()セット		
	【乳幼児用】	()セット ①と②は1人につき1つずつお選びください		
		①おむつ	S()・M()・L()・ビッグ()セット	
		②食料品	粉ミルクのみ()・離乳食()・幼児食()セット	

①確認のため、保健所発行の「就業制限通知書」又は「療養証明書」の写しを、市に提供いただく場合があります。

②内容確認のため、受検検査所(病院等)に確認をする場合があります。また、療養などの確認が取れないときは支援物品をお届けできない場合があります。

③本事業の生活支援等は(公社)四條畷市シルバー人材センターに業務委託しており、上記内容は委託業者等に提供します。

④お届けする際、ご自宅のインターホン等を押して、お荷物をお届けした旨をお伝えし、玄関先等に置かせていただきます。お受け取りは非対面にて、品質保持のため速やかをお願いします。

また、支援物品の梱包が2つ以上になる場合があります。

⑤住民票の住所にお届けするため、市の職員が住民基本台帳を閲覧し、申込内容を確認する場合があります。

⑥支援物品は、食物アレルギー等の対応はしていません。また、原則、破損等による物品の交換を行いません。

⑦支援物品がお届けされる前に入院等になった場合は、本事業の適用を受けないものとします。※同居家族は除く。また、不正に支援物品を受領した場合は、支援物品の相当する額等を四條畷市に返還します。

①～⑦について同意されますか？

同意する 同意しない (レ点チェックをしてください)

※同意しない、またはチェックがない場合は生活支援できません。

以下、市記入欄

NO.	受付日	受付者	エクセル入力日	委託業者依頼日	申請方法
					TEL ・ FAX ・ メール