

交野市 自宅療養者支援事業 申込書

自宅療養者情報 記入欄

申請日	年	月	日
フリガナ			
氏名			
生年月日			
陽性判定日			
住所	〒576- 交野市		
電話番号	自宅 () -	-	
	携帯 -	-	
オプション物品 (必要なものに○) ※おむつ、生理用品は サイズを <u>1つ</u> 選んで ください	<ul style="list-style-type: none"> ・粉ミルク(0歳用)【アレルギー対応不可】 ・大人用紙おむつ (薄型パンツ【男S・男M・男L・女S・女M・女L】・外漏れ安心パット1回用) ・子ども用紙おむつ(新生児・S・M・紙パンツM・紙パンツL・紙パンツビッグ) ・生理用品(普通の日用 羽なし・普通の日用 羽あり) 		
その他特記事項(家の 入口がわかりにくい等)			

- ①確認のため、保健所発行の「就業制限通知書」の写しを、市に提供いただく場合があります。
- ②陽性確認が取れないときは支援物品を送付できない場合があります。
- ③本事業の配送等は(株)カインズに業務委託しており、宅配便にてお届けするため、上記内容は委託業者等に提供します。
- ④宅配便にてお届けする際、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。ご不在の場合はいったんお荷物を持ち帰り、再配達いたします。また、オプション物品を希望された場合、梱包が2つ以上になる場合があります。
- ⑤住民票の住所に送付するため、申込内容について、市の職員が住民基本台帳を閲覧し、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おりません。
- ⑦支援物品が配送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。
- 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)

問い合わせ先：交野市福祉総務課 TEL：072-817-8004 FAX：072-817-8000

専用メールアドレス：jitaku@city.katano.osaka.jp

(メールで申請の場合は、申請書に必要事項をご記入いただき、画像データにて送付していただくか、必要事項をメール本文に記載してください。)

市受付者 記入欄

NO.	受付日	受付者名	データ入力日	業者依頼日	申請方法
					TEL、FAX、メール