敦賀市長　様

令和　　年　　月　　日

安定ヨウ素剤事前配布申請書

　安定ヨウ素剤の事前配布を希望します。なお、転出等により、服用の必要がなくなった場合は、速やかに薬剤を返却することをお約束します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①代表者氏名※１ | （フリガナ） | ②生年月日（西暦） |
|  | 　 　　年　　月　　日 |
| ③住所 |  |
| ④連絡先　電話番号 |  |
| ⑤配布要件（代表者） | ア　□　１２歳以下の方イ　□　妊婦の方ウ　□　障がいや病気等により緊急時の迅速な受取ができない　　　　おそれがある方エ　□　ア～ウの同居家族の方 |
| ⑥配布を希望　する家族等※２　代表者　　　との続柄 | 番号 | 氏名 | 生年月日 | 続柄※２ | 要件 |
| １ |  |  　 年　 月 　日 |  | □ア　□イ□ウ　□エ |
| ２ |  |  　 年　 月 　日 |  | □ア　□イ□ウ　□エ |
| ３ |  |  　 年　 月 　日 |  | □ア　□イ□ウ　□エ |
| ４ |  |  　 年　 月 　日 |  | □ア　□イ□ウ　□エ |
| ５ |  |  　 年　 月 　日 |  | □ア　□イ□ウ　□エ |
| ６ |  |  　 年　 月 　日 |  | □ア　□イ□ウ　□エ |
| ７ |  |  　 年　 月 　日 |  | □ア　□イ□ウ　□エ |
| ⑦備考 |  |

※１　代表者は親族の方であればどなたでも結構ですが、安定ヨウ素剤を受け取られる際には、⑤配布要件に当てはまることが必要です。