

令和 年 月 日

敦賀市 小浜市  
美浜町 おおい町  
高浜町 若狭町 長 様

### 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住所					
③連絡先電話番号					
④配布要件(代表者)	ア <input type="checkbox"/> 12歳以下の方 イ <input type="checkbox"/> 妊婦、授乳婦の方 ウ <input type="checkbox"/> 障がいや病気等により速やかに避難することが困難な方 エ <input type="checkbox"/> ア～ウの同居家族の方				
⑤配布を希望する家族等  ※2 代表者との続柄  ※3 住所が別居の方が含まれる場合は、⑥備考欄に番号と住所を記載	番号	氏名	続柄(※2)	住所(※3)	要件チェック
	1			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ
	2			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ
	3			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ
	4			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ
	5			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ
	6			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ
⑥備考					

※1 代表者はどなたでも結構ですが、代表者および⑤同居家族にア～ウの要件に該当する方が1名以上いることが必要です。