



下妻市新型コロナウイルス感染症自宅療養者等生活支援 申込書

以下の4つの項目すべてに該当する方が、支援の対象になります。

本市の住民基本台帳に登録され、現に市内に居住している方。保健所から自宅療養を指示された新型コロナウイルス感染症の陽性者、又は自宅待機を指示された当該陽性者の同居家族である濃厚接触者。自宅内に食料の確保ができておらず、親族や友人等からの支援を受けることが困難である方。インターネット通販や宅配サービス等による食料品の確保が困難である方。

自宅療養者情報 記入欄

申込日時	令和 年 月 日		
ふりがな		生年月日	年 月 日
申込者氏名		電話番号	
住 所	下妻市		
電話以外の連絡方法	FAX番号	メールアドレス	
陽性者氏名		生年月日	年 月 日
結果判定日	月 日	自宅療養期間 終了予定日	月 日
検査実施医療機関		保健所名	
備考 (家の場所がわかりにくい等)			
必要物資	<input type="checkbox"/> 食料品 ()人分		
陽性者以外で 支援を受ける 同居の濃厚接触者	氏名：	生年月日：	年 月 日 (歳)
	氏名：	生年月日：	年 月 日 (歳)
	氏名：	生年月日：	年 月 日 (歳)
	氏名：	生年月日：	年 月 日 (歳)

支援を受ける際は、下記の事項についてあらかじめご了承の上、お申し込みください。

①療養状況について、市が保健所に問い合わせをさせていただきます。

②療養などの確認が取れない場合は、支援物資をお届けできないことがあります。

③配達当日の電話が繋がらない場合は、お申し込みをキャンセルとします。

以下、市記入欄

番号：受付日	受付者	入力日	配達完了日		申請方法
月 日		月 日	月 日		<input type="checkbox"/> 電話 <input checked="" type="checkbox"/> FAX