

この申請書は、保健医療福祉課に提出してください。(申請方法は表紙に記載してあります。)

※これまでに安定ヨウ素剤を受け取った方は申請する必要はありません。
(UPZ (5~30km)にお住まいの方用)

安定ヨウ素剤事前配布申請書

令和 6年 月 日

鹿児島県知事 殿

<input type="checkbox"/>	薩摩川内市	<input type="checkbox"/>	鹿児島市
<input type="checkbox"/>	いちき串木野市	<input type="checkbox"/>	姪良市
<input type="checkbox"/>	阿久根市	<input type="checkbox"/>	さつま町
<input type="checkbox"/>	出水市	<input type="checkbox"/>	長島町
<input type="checkbox"/>	日置市		

長 殿

(住所地の市町に○印を記入してください)

安定ヨウ素剤の事前配布を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

【世帯の中で事前配布を希望する方を記入してください】

- ※ 該当する申請区分を○で囲んでください。
申請区分①~⑤に該当する人が1人でもいれば、世帯全員が配布対象となります。
- ※ 氏名には、必ず、ふりがなをふってください。

	氏名(ふりがな)	性別	生年月日	申請区分
1		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日	①・②・③・④・⑤・⑥
2		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日	①・②・③・④・⑤・⑥
3		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日	①・②・③・④・⑤・⑥
4		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日	①・②・③・④・⑤・⑥
5		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日	①・②・③・④・⑤・⑥
6		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日	①・②・③・④・⑤・⑥
7		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日	①・②・③・④・⑤・⑥

※ 8人以上で書き切れない場合は、別紙に書いて、申請書に同封してください。

申請区分⑤の理由 (申請区分欄で⑤を選んだ場合は、必ず記入してください。)

【配布説明会開催案内の送付先】

申請者(世帯の代表者) 住所 〒 () 自治会

氏名 _____
連絡先 () _____

- ※ 内容を確認のうえ、後日配布説明会の案内を申請者に送付いたします。
- ※ 配布説明会に出席の上、配布を受けてください。(代表者が世帯分を受け取れます。)
- ※ 本申請書に記載の内容は、安定ヨウ素剤の事前配布に係る事務のみに利用し、それ以外の目的での利用はいたしません。
- ※ 申請者の情報は、住所地の市町と共有し管理することになります。

※ 左の「記入方法」をよくお読みの上、御記入ください。

《切り取り線》