

横浜町新型コロナウイルス感染症対策（使い捨てマスク配布）に関する申請書

横 浜 町 長 殿

令和2年 月 日

関係書類を添えて、下記のとおりマスクの配布を希望します。

申請者 (配布申請者)	フリガナ 氏名 (印)	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日		
住所	横浜町字	電話			
添付書類	治療内容のわかるもの <input type="checkbox"/> 医師の診断書の写し <input type="checkbox"/> 治療計画書の写し <input type="checkbox"/> お薬手帳、お薬説明書等の写し <input type="checkbox"/> 診療明細書の写し（治療内容が記載されているもの） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
病名等	<input type="checkbox"/> 慢性閉そく性肺疾患（ ） <input type="checkbox"/> その他、呼吸器疾患（ ） <input type="checkbox"/> 現在、免疫抑制剤や抗がん剤を用いた治療を受けている（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口受け取り <input type="checkbox"/> 訪問受け取り <input type="checkbox"/> 郵送受け取り （ ）				
(代理申請の場合) 申請書を 提出した者	氏名 (印)	本人 との 関係		住所	電話

《担当課記入欄》

受理日	令和2年 月 日	受理者	
審査日	令和2年 月 日	審査結果	<input type="checkbox"/> 配布該当 <input type="checkbox"/> 配布非該当
配布日	①令和2年 月 日 ②令和2年 月 日	配布方法 及び枚数	①（ ）枚 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 郵送 ②（ ）枚 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 郵送
受領書受付日	令和2年 月 日		
備考			