

令和 年 月 日

藤枝市長 あて

(申請者) 住 所 〒 -

フリガナ
氏 名

生年月日 (西暦) 年 月 日

電話番号 () -

お届け先 上記住所と同じ 別住所 (下欄へ記載)

[〒 -]

下記のとおり、支援を希望します。

※裏面「注意事項」をよくお読みのうえ、お申し込みをお願いいたします。

1. 希望する支援の () 欄に○印をお願いします

■パルスオキシメーター () ※貸出しは1世帯につき1台です。

■食料支援 () ※陽性の自宅療養者分に限ります。

同一世帯内で支援を希望する自宅療養者(申請者も含む)の氏名・生年月日を下欄へご記入ください。

氏名			
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
氏名			
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

2. 申し込み方法

- (1) 申込書をファックスで送信又はホームページ上の申し込みフォームよりお申し込みください。
- (2) 上記(1)ができないときは電話でも申し込みめます。その場合は、申込書の内容などについてお伺いします。
- (3) 電話での申し込みは、平日の午前8時30分から午後5時15分までをお願いします。

3. パルスオキシメーターのお届け ※お届けは、玄関先への「置き配」となります。(裏面2参照)

➤申し込みをした日から中2日(土日・祝日を除く)程度をいただきます。

(金曜日に申し込みをした場合のお届け予定日は、翌週の水曜日になります)

4. 食料セットのお届け ※お届けは、玄関先への「置き配」となります。(裏面2参照)

➤申し込みをした日から中3日(土日・祝日を除く)程度をいただきます。

(金曜日に申し込みをした場合のお届け予定日は、翌週の木曜日になります)

申し込み先 藤枝市保健センター 健康推進課

電 話 : 054-645-1111

ファックス : 054-645-2122

メール : hokencenter@city.fujieda.shizuoka.jp

○注 意 事 項

- 1 あなた及び家族の個人情報、パルスオキシメーターの貸出及び食料支援の申し込みをした時点で、パルスオキシメーター・食料の配達に必要な範囲で市と市の委託業者が使用することに同意したものとみなします。
また、市と市の委託業者は、食料の配達以外の目的であなたと家族の個人情報を使用することはありません。
- 2 申し込みされたものは、市が宅配便を利用、または市の委託業者が宅配便を利用して玄関先まで届けます。いずれの場合も配達をインターホン越しでお知らせする場合がありますが、接触を避けるため受領印やサインをお願いすることはありません。いわゆる「置き配」としますので、雨天時も想定した置き場所を確保してください。
- 3 宅配便配送員には、自宅療養者支援のための荷物であることは明かしません。
- 4 パルスオキシメーターは医療機器になります。お届け時に同梱する添付の説明書を確認のうえ、ご利用いただきますようお願いいたします。
- 5 食料支援におけるレトルトパウチ等の破損、賞味期限切れなどの摂食に直接支障がある場合は、委託業者（(株) 杏林堂薬局お客様相談室 電話番号 0120-392-461）に連絡してください。代替品をお送りします。ただし、箱のへこみや破れなどの摂食に支障のない場合については、お取替えに応じかねますので、あらかじめご了承ください。
- 6 食料支援の1セットの内容は、おおむね次のとおりです。
① おかゆ（レトル）5個 ② 栄養補助食品9個 ③ 経口補水液4個 ④ 飲料12個
⑤ アイスノン1個
- 7 食料支援については、原則1人1回までの申し込みとさせていただきます。

その他ご不明な点は、「藤枝市保健センター 健康推進課 Tel054-645-1111」までお問い合わせください。