

## 聴覚障害者のかた向け『自宅療養者支援利用申込書』

		申込日	令和 年 月 日 時 分			
申込み者	フリガナ 氏名					
	住所	東村山市	町	丁目	番地	号
	方書					
		生年月日				
ファックス番号						
陽性判定を受けた 医療機関名		医療機関名：				
陽性判明した月日		陽性判明日：				
療養期間	療養期間 日間					
	( 年 月 日から 年 月 日)					
同居の家族	氏名		生年月日	区分		
				自宅療養者	濃厚接触者	
				自宅療養者	濃厚接触者	
				自宅療養者	濃厚接触者	
希望する支援物資		<input type="checkbox"/> 食料品等		<input type="checkbox"/> パルスオキシメーター		
備考						

※自宅療養者・・・新型コロナウイルス感染症と診断を受けた自宅療養中のかた

※本制度における濃厚接触者・・・新型コロナウイルス感染症患者の感染可能期間において患者と同居しているかた