

様式第1号（第6条関係）

利根町高齢者買い物支援事業登録申請書

利根町社会福祉協議会会長 様

利根町高齢者買い物支援事業実施要綱第6条の規定により、申請します。

申込日 令和 年 月 日

| | | |
|--------|--|----------|
| ふりがな | | 性別 |
| 氏名 | | 男・女 |
| 生年月日 | 年 月 日 | |
| 住所 | 利根町 | |
| TEL | — | 携帯電話 — — |
| 緊急連絡先 | 氏名 続柄【 】 TEL — — (— —) | |
| 世帯状況 | 一人暮らし・高齢のみ・その他 | |
| 身体状況 | (歩行の状態・持病など) | |
| 配車希望場所 | (道がせまい・車を停車すると危険などの場合は、自宅前不可。 また、自宅が分かりづらい場合は、図解して下さい。) | |
| 備考 | | |