

年 月 日

申請者 住 所

日常生活用品買い物支援事業利用申請書

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 該当分類<br>該当の□に✓   | <input type="checkbox"/> ①75 歳以上で運転免許証不所持者のみの世帯<br><input type="checkbox"/> ②身体障害者手帳又は精神福祉手帳の 1 級・2 級所持者の属する世帯<br><input type="checkbox"/> ③療育手帳 A 所持者の属する世帯<br><input type="checkbox"/> ④未就学児童の属する世帯<br><input type="checkbox"/> ⑤その他、町長が特に必要と認める者（ ） |
| 利用者氏名            |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 利用者住所<br>(商品配送先) |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 電話番号             |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 備 考              |                                                                                                                                                                                                                                                        |