

(様式第1号)

揖斐川町社会福祉協議会あて

食糧支援 登録申請書

記入日 令和 年 月 日

該当する箇所に チェックし <input checked="" type="checkbox"/> してください		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等 <input type="checkbox"/> 生活困窮者自立支援相談者 <input type="checkbox"/> 生活福祉資金等相談者 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援利用者 <input type="checkbox"/> その他（下記欄に理由を記入）	
その他の方は支援を必要と する理由をご記入ください		(記入例) 病気で働くことができない。	
世帯の人数	人	受取希望場所に チェック <input checked="" type="checkbox"/> してください	<input type="checkbox"/> 本部事務所（谷汲） <input type="checkbox"/> 揖斐川支所
なお、登録期間は登録日より令和 年3月31日までです。			

私は上記のとおり揖斐川町社会福祉協議会の食糧支援に登録します。

住 所 揖斐川町

氏 名 _____ 年 齡 _____ 才

電話番号（日中連絡の取れる番号） _____

提出先

〒501-1314 揖斐川町谷汲名礼 265 番地 4 3 社会福祉法人 揖斐川町社会福祉協議会 TEL 56-3700 / FAX 56-0078
〒501-0603 揖斐川町上南方 1 9 3 番地 社会福祉法人 揖斐川町社会福祉協議会 揖斐川支所 TEL 23-0411 / FAX 23-1678