（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

<table>
<tr><td>該当する箇所に
チェックし☑てください</td><td colspan="4">☐ひとり親家庭等　　☐生活困窮者自立支援相談者
☐生活福祉資金等相談者　☐日常生活自立支援利用者
☐その他（下記欄に理由を記入）</td></tr>
<tr><td>その他の方は支援を必要とする理由をご記入ください</td><td colspan="4">（記入例）病気で働くことができない。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">世帯の人数</td><td>１８歳以下</td><td>人</td><td rowspan="2">受取
希望場所</td><td rowspan="2">☐本部事務所（谷汲）
☐揖斐川支所</td></tr>
<tr><td>１９歳以上</td><td>人</td></tr>
<tr><td colspan="5">なお、登録期間は登録日より令和９年３月３１日までです。</td></tr>
</table>

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　齢　＿＿＿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４３
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１９３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