

事務局長	次長	係長	係	担当者

様式第1号(第4条関係)

## ひとり暮らし高齢者の乳酸飲料申込書

社会福祉法人篠栗町社会福祉協議会会長 殿

申込日 令和 年 月 日

申込者 住 所 糟屋郡篠栗町 \_\_\_\_\_

区・組合 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_ 組合

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 \_\_\_\_\_ 生

電 話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### 緊急時連絡先

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

乳酸飲料配達事業を利用いたしたく、申込します。

※以下の3項目全てに該当する人が、本事業を利用できます。

あてはまる項目に✓点を記入してください。

- 週3回以上の就労をしていない。
- 介護(予防)訪問サービス・通所サービス、自費訪問サービス、町の配食サービスを合わせて、週3回以上利用していない。
- 地域活動・趣味活動・ボランティア活動・いきいきサロン・老人クラブ活動などを合わせて、おおむね週3回以上人と会う機会がない。

上記内容に相違ありません

\_\_\_\_\_ 区民生委員 (印)

事務処理 配達日 令和 年 月 日

終了日 令和 年 月 日