

## 森町社会福祉協議会フードバンク活動利用申請書

( ☐新規 ☐延長 ☐再延長 ☐その他 )

フリガナ							
氏 名							
生年月日	大正・昭和・平成・令和          年          月          日          (          )歳						
住 所	森町字						
電 話	自宅(          )          -          携帯(          )          -						
利用期間	令和          年          月          日から 令和          年          月          日まで          日間						
家族構成 (本人を含む)	フリガナ 氏 名						
	続 柄	本人					
	性 別						
	年 齢						
	同居別	同・別	同・別	同・別	同・別	同・別	同・別
	食 物 アレルギー	有・無 (          )	有・無 (          )	有・無 (          )	有・無 (          )	有・無 (          )	有・無 (          )
合 計      人							
調理器具	<input type="checkbox"/> ガス(カセット)コンロ    / <input type="checkbox"/> 炊飯器        / <input type="checkbox"/> 電子レンジ <input type="checkbox"/> 電気ポット    / <input type="checkbox"/> その他(                      )						

(注意事項) 以下の注意事項を守ることができない場合には、決定を取り消すことがあります。

- 1 申請内容は正しく記載してください。
- 2 配付食料は必ず自己消費し、二次配付、転売及び金銭その他の有価物との交換をしないでください。
- 3 配付食料については、適切に管理し消費・賞味期限を守って早めに消費してください。
- 4 受け取った後に発生した食品衛生上、アレルギーの問題については申請者の責任となります。
- 5 申請者及び同一世帯に属する者が暴力団員ではなく、暴力団等と一切の関係を持たないこと。

(留意事項)

- 1 配付食料に箱のつぶれや印刷ミス等があっても品質には問題ありません。
- 2 配付食料にお気づきの点があれば、森町社会福祉協議会(3-2280)へ連絡してください。

本申請書のとおり事業の利用を申請します。また、注意事項についても同意します。

年 月 日

森町社会福祉協議会会長 様

(記名押印または署名) 申請者氏名 印

※下記の欄は記入しないでください。

年 月 日

決定欄	<input type="checkbox"/> 上記のとおり決定する <input type="checkbox"/> 申請を却下する	会 長	局 長	係 長	主 任	係	合 議

(却下とした場合の理由: )					