第2号様式（第5条関係）

**食料品支援申込書**

真鶴町社会福祉協議会　会長あて

申込日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 年齢 | 性別 |
| 氏　　名 |  | | | 歳 | 男 ・ 女 |
| 住　　所 | 真鶴町　真鶴・岩 | | | | |
| 電話番号 |  | | | | |
| 家族構成 | 世帯の人数：　　　　人 | | | | |
| 続柄： | | 年齢：　　　　　　歳 | 収入：　　　　　　　　円／月 | |
| 続柄： | | 年齢：　　　　　　歳 | 収入：　　　　　　　　円／月 | |
| 続柄： | | 年齢：　　　　　　歳 | 収入：　　　　　　　　円／月 | |
| 続柄： | | 年齢：　　　　　　歳 | 収入：　　　　　　　　円／月 | |
| 申込時の生活状況 | １ | 生活保護：申請予定・申請中・受給中（　　　　　　　円／月） | | | |
| ２ | 年　　金：無・受給中（　　　　　　　円／月） | | | |
| ３ | その他受給中の手当て： | | | |
| ４ | 障 が い：【 有 ・ 無 】※有の場合、具体的な状況を記入ください。 | | | |
| ５ | ライフライン：電気（有・無）／ガス（有・無）／水道（有・無）／  調理器具（有・無）／米の炊飯（可・不可） | | | |
| 食品アレルギーや宗教上の理由等で食べられないもの | 【 有 ・ 無 】※有の場合、具体的に明記ください。 | | | | |
| 備考 |  | | | | |
| 受付者 |  | | | | |

**食料品受援履歴**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 依頼日 | 対応職員 | 提供協力者 | 提供食料品および提供量 |
| 年  月　　日 |  |  |  |
| 年  月　　日 |  |  |  |
| 年  月　　日 |  |  |  |
| 年  月　　日 |  |  |  |
| 年  月　　日 |  |  |  |
| 年  月　　日 |  |  |  |
| 年  月　　日 |  |  |  |
| 年  月　　日 |  |  |  |
| 年  月　　日 |  |  |  |
| 年  月　　日 |  |  |  |
| 年  月　　日 |  |  |  |
| 年  月　　日 |  |  |  |
| 年  月　　日 |  |  |  |
| 年  月　　日 |  |  |  |