

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			

