

令和２年　　月　　日

　　　　　　　　　　フードバンク活動等応援助成

「赤い羽根お福分け事業」申し込み書

「赤い羽根お福分け事業」に申し込みします。

下の４つの申し込み項目をご記入の上、当日、ご持参願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 家族構成 |  |

備　考

１．地区の民生委員児童委員や各関係機関への情報提供に同意します。

　　　□同意します　　　　　□同意しません

　　※どちらかにチェックを付けて下さい。

　　※「同意しません」にチェックを付けた場合も食料品の提供は可能です。

２． 提供会場

（１）涌谷町高齢者福祉複合施設「ゆうらいふ」

（２）涌谷町町民医療福祉センター（涌谷町福祉課）

３．提供期間　令和２年８月３日（月）から８月８日（土）

　　　　※８月８日（土）は「ゆうらいふ」のみ受取り可能となっております。

４．提供時間　９時００分から１７時００分

※上記の時間で受け取りが難しい場合は、ご相談下さい。

５．連絡先　涌谷町社会福祉協議会　地域支援係

　　　　　　電　話　４３－６６６１

　　　　　　メール　mail20wakuya-sfk.net

※随時ご生活に関する相談を受け付けておりますので、

事前にご予約をお願い致します。