別紙様式第１号

年　　月　　日

多賀町買い物移動支援事業登録申請書

多賀町長　様

多賀町買い物移動支援事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | (ふりがな)氏　　　名 |  | 連 絡 先 |  |
| 住　　　所 | 〒多賀町大字 |
| 利用者との関係 | □本人□その他（　　　　） | 本人の場合生年月日 | 大正・昭和年　　月　　日 |

＊申請者との関係が本人でない場合に記載

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | (ふりがな)氏　　　名 |  | 連 絡 先 |  |
| 住　　　所 | 〒多賀町大字 |
|  | 生年月日 | 大正・昭和年　　月　　日 |

☑申請前にご確認ください。（下記項目全てに該当する必要があります）

下記項目に該当していますか。それぞれ確認して該当する項目に✔をお願いします。

□町内在住の75歳以上です。

□移動手段がなく買い物に行くことが困難です。

□店内の買い物に介助を必要としません。

|  |
| --- |
| ご提出先および　〒５２２－０３４１お問い合わせ先　滋賀県犬上郡多賀町大字多賀２２１番地１多賀町総合福祉保健センター「ふれあいの郷」内多賀町役場　福祉保健課ＴＥＬ：０７４９－４８－８１１５ＦＡＸ：０７４９－４８－８１４３有線（ＦＡＸ）：２－２０２１E-mail：fukushi@town.taga.lg.jp |

＊なお、各項目について確認のため職員が聞き取り等することがありますのでご理解ご協力よろしくお願いします。

＊裏面も必ずご確認よろしくお願いします。

裏　面

多賀町買い物移動支援事業利用にかかる注意事項

多賀町買い物移動支援事業を利用するにあたり、下記項目を遵守していただく必要がありますので必ずご確認いただき、全てに同意いただける場合は署名をお願いします。

* 私は、本事業の利用にあたり、定められた利用条件やルールを遵守し、他の利用者やスタッフに対しても配慮を持って行動することを誓います。
* 私は、事業に関連して提供される私の個人情報が、適切に管理され、他の目的に使用されないことを理解し、同意します。また、必要に応じて情報提供を行うことに同意します。
* 私は、買い物移動支援事業の利用中に発生した事故やトラブルについて、自己の責任において対処することを誓います。万が一、他者に損害を与えた場合には、その責任を負うことを理解しています。
* 私は、本事業の円滑な運営に協力し、必要な情報提供や意見を行うことを誓います。また、事業改善のためのアンケート等に積極的に参加することを約束します。
* 私は、上記項目について遵守できなかった場合は、利用が取り消されることに同意します。

令和　　年　　月　　日

署名：　　　　　　　　㊞

（自筆の場合は押印不要）