

(表)

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

田川市買い物支援協力店登録申請書

田 川 市 長 殿

(市民生活部高齢障害課)

申請者の住所

(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

申請者の氏名

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

田川市買い物支援協力店の登録を受けたいので、次の同意事項に同意の上、下記のとおり申請します。

同意事項

- (1) 田川市は、買い物支援協力店の情報を冊子に掲載し、又は広報及びホームページにより周知するのみとし、商品の配達及びサービスの提供に関する一切の行為については、買い物支援協力店と利用者との直接取引とし、市は責任を負わない。
- (2) 買い物支援協力店として商品の配達及びサービス提供時において、1人暮らし高齢者等の異変を察知したときに、市へ通報するなど、高齢者の見守り活動に協力することに同意します。

記

| | |
|----------------|---|
| 協力店の種類 | <input type="checkbox"/> おとどけ店 <input type="checkbox"/> 食品・食材 <input type="checkbox"/> 衣類・日用品 <input type="checkbox"/> 住まい・くらし <input type="checkbox"/> 買い物代行・移動販売 |
| | <input type="checkbox"/> サポート店 |
| 条 件 等 | (条件有の場合その内容) |
| 配達区域 (配達校区) | <input type="checkbox"/> 市内全域 <input type="checkbox"/> 田川 <input type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 伊田 <input type="checkbox"/> 金川 <input type="checkbox"/> 鎮西 <input type="checkbox"/> 後藤寺 <input type="checkbox"/> 弓削田 <input type="checkbox"/> 猪位金 |

(裏)

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者 | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | F A X 番号 | | | | | | | | |
| e - M a i l | | | | | | | | | | | | | |
| 主な取扱い品(サービス) | | | | | | | | | | | | | |
| 30文字以内 | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | | | 定休日 | | | | | | | | |
| 配達時間(曜日・時間帯) | | | | | | | | | | | | | |
| 利 用 料 (配達料等) | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | |
| 数量・金額の制限 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | |
| お店からのP R (対応できるサービス内容等について簡潔に書いてください。) 63文字以内 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

※注 参考となる資料(チラシ、カタログ等)があれば添付してください。

田川市買い物支援協力店登録決定(不決定)通知書

様

田川市長

田川市買い物支援事業実施要綱第6条の規定により、田川市買い物支援協力店として、
(決定・不決定) しましたので、下記のとおり通知します。

記

| | |
|---------------|-------|
| 事業所の所在地 | |
| 事業所の名称 代表者 | |
| 登録年月日 | 年 月 日 |

田川市買い物支援協力店登録変更届

田 川 市 長 殿

（市民生活部高齢障害課）

申請者の住所

（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

申請者の氏名

（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

田川市買い物支援協力店の登録内容を変更しましたので、田川市買い物支援事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

| | | |
|---------------|-----|-------|
| 事業所の所在地 | | |
| 事業所の名称 代表者 | | |
| 変更内容 | 変更前 | |
| | 変更後 | |
| 変更年月日 | | 年 月 日 |
| 変更理由 | | |

田川市買い物支援協力店登録解除届

田 川 市 長 殿
(市民生活部高齢障害課)

申請者の住所

(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

申請者の氏名

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

田川市買い物支援協力店の登録の解除をしたいので、田川市買い物支援事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

| | |
|---------------|-------|
| 事業所の所在地 | |
| 事業所の名称 代表者 | |
| 解除年月日 | 年 月 日 |
| 理由 | |

田川市買い物支援協力店登録取消通知書

様

田川市長

田川市買い物支援事業実施要綱第 9 条の規定により、田川市買い物支援協力店の登録を取り消しましたので、下記のとおり通知します。

記

| | |
|---------------|-------|
| 事業所の所在地 | |
| 事業所の名称 代表者 | |
| 取消年月日 | 年 月 日 |
| 取消理由 | |

年 月 日

田川市買い物支援協力店実績報告書

田 川 市 長 殿
(市民生活部高齢障害課)

協力店名
担当者名

年 月分の利用実績について、次のとおり報告します。

| | |
|--------|--------|
| 年 月利用数 | (単位：件) |
|--------|--------|

※利用数は、田川市買い物支援協力店として配達、訪問又はサービスの提供などを実施した件数を計上してください。

| 報告・意見欄 |
|-------------------------------|
| 気付きや改善点・問題点など（特になければ空欄で結構です。） |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

FAXで送付する場合、送付状は不要です。