

(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

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

印

(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。

様式第 2 号（第 6 条関係）

第 号

年 月 日

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

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

印

(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

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

印

(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	

田川市買い物支援協力店実績報告書

田 川 市 長 殿

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。）

F A Xで送付する場合、送付状は不要です。