

買い物代行サービス利用申込書

申請日 令和 年 月 日

社会福祉法人阿武町社会福祉協議会

会 長 小 田 武 之 様

住 所 阿武町

氏 名

電 話

—

—

次に掲げる全ての事項に該当しますので、標記サービスの利用を申請します（※該当するものを☑してください）

- ☐ 阿武町に在住しています。
- ☐ 親族や知人等による支援が受けられません。
- ☐ 保健所から自宅療養を要請されています。
- ☐ 保健所から自宅待機を要請されています。

（期間： 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ）

利用対象者は下記のとおりです（※該当するものを■に塗りつぶしてください）

- ☐ 新型コロナウイルス感染者
- ☐ 新型コロナウイルス感染者の同居家族
- ☐ 新型コロナウイルス感染者の濃厚接触者

サービスの利用にあたり、下記の内容に同意します（※内容をご確認の上、すべての項目を☑してください）

- ☐ この事業による買い物代行は、1週間に付き2回、1日1回を限度とします。
- ☐ 購入商品は食料品・日用品に限り、嗜好品（酒たばこ等）は対象外とします。
- ☐ 商品の欠品等購入ができない場合があります。
- ☐ 商品のキャンセル及び交換はできません。
- ☐ 商品に生じた不良及びその不良により生じた損害についての責任は負いません。
- ☐ 利用申込は平日の午前8時30分から午後5時まで、利用希望日の前日までとします。
- ☐ 商品の配達平日の午前10時00分から午後5時までとします。

買い物代行サービス購入依頼書

申請日 令和 年 月 日

社会福祉法人阿武町社会福祉協議会

会 長 小 田 武 之 様

住 所 阿武町

氏 名

電 話 - -

下記のとおり買い物代行を依頼します。

配達希望日	令和 年 月 日
配達場所（物置、玄関先等）	

商品名	数量	同等品の購入	購入額の目安
		可・不可	円
		可・不可	円
		可・不可	円
		可・不可	円
		可・不可	円
		可・不可	円
		可・不可	円
		可・不可	円
		可・不可	円
		可・不可	円
		可・不可	円
		可・不可	円
		可・不可	円
		可・不可	円
		可・不可	円
購入予定総額（千円単位でご記入ください。）			,000円

特記事項