　　年　　月　　日

令和6年度西川町移住世帯向け食の支援事業

支給申請書

西川町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

米、味噌、醤油の支給を受けたいので下記により申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | 生年月日 | | | | 昭和・平成　　　年  　　　月　　　日生  （　　　歳） |
|  | | |
| 住　　所 | （〒　　　－　　） | | | | | | | 電話　（　　　　）  　　　　－ |
| 前 住 所 | （〒　　　－　　） | | | | | |  | |
| 転 入 日 |  | | 世帯人数 | | | | 人 | |
| 世帯構成  ※移住された方の氏名の  　み記載してください。 | 続柄 | 氏名（年齢） | | | 続柄 | 氏名（年齢） | | |
|  | （　　歳） | | |  | （　　歳） | | |
|  | （　　歳） | | |  | （　　歳） | | |
|  | （　　歳） | | |  | （　　歳） | | |
| 勤務先 | （勤務先名）  （住　　所） | | | | | | | |
| 転入（移住）理由 |  | | | | | | | |
| 利用した公的相談窓口等 | 相談日：　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 公的相談窓口等への相談の時期、内容等 |  | | | | | | | |
| （備考） | | | | | | | | |
| チェック欄  □ 公的相談窓口等の利用に関し、必要に応じて、庁内の関係部局、県や関係機関の相談窓口等に、上記記載内容について情報提供・確認することに同意します。 | | | | | | | | |