

エアコン支援事業 設置申請書

新潟県フードバンク連絡協議会 御中

申請日：令和 2年 7月 日

申請者 _____
(本人)

このことについて、下記のとおり申請します。

ふりがな			該当	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭(単親世帯)	
申請者名	(□女 □男)		項目	<input type="checkbox"/> 扶養する子どもが18歳以下	
性別/年代	(年齢 代)		に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給(特別含)	
住所	〒 -				
(連絡先電話番号)			(メールアドレス)		
子どもの年齢/性別	/	/	/	/	/
現有エアコン台数	台	世帯員数(同居員数)	人	世帯員数 - エアコン台数	人/台
乳幼児	受験生	熱中症既往	持病	希望エアコン機種	その他
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 ----- <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 6畳用 <input type="checkbox"/> 10畳用	
エアコン設置場所について		① <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 / ② <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他(階) ③部屋の間取り(畳) / ④家主・大家承諾の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
【通信欄】					
支援機関名			担当者名		
所在地	〒 -				
電話・FAX	(TEL)		(FAX)		

(以下は審査機関が記載)

優先度	A B C	備考	
-----	-------	----	--