

扶桑町新型コロナウイルス感染症に係る生活支援事業（買物等代行リスト）

ふりがな		電話番号	
氏名			
住所	扶桑町大字		

支援予定日 年 月 日 午前・午後 時 分

預かり金額 円

①買物代行

優先順位	購入予定品名称	購入量 (g、袋、枚等)	備考
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

※買物を購入する店舗の指定はできません。

※お預かりしている金額の範囲内での購入になりますので、優先順位が高い物から記載してください。

□表面と同じのため記載省略（両面印刷の場合）

扶桑町新型コロナウイルス感染症に係る生活支援事業（買物等代行リスト）

ふりがな		電話番号	
氏名			
住所	扶桑町大字		

支援予定日 年 月 日 午前・午後 時 分

預かり金額 円

②薬（処方箋医薬品）の受取代行

医療機関名	所在地	電話番号
	扶桑町大字	
薬局名	所在地	電話番号
	扶桑町大字	