

# 鎌倉市高齢者のための福寿優待サービス事業協賛申請書

## (1) 鎌倉市福寿優待サービス事業に係る事項

### ① ジャンル(該当するものにチェックしてください)

<input type="checkbox"/> 食べる・飲む (レストラン・食堂、カフェ・喫茶、居酒屋・バーなど)	<input type="checkbox"/> 健康 (温泉・スパ、薬局、ジム、整体・治療など)
<input type="checkbox"/> 理美容 (理・美容院、エステなど)	<input type="checkbox"/> 買う (食品、ファッション、家庭用品、家電、介護用品など)
<input type="checkbox"/> 趣味・娯楽 (カラオケなど)	<input type="checkbox"/> その他 ( )

### ② 店舗名/施設名

(フリガナ)

### ③ 店舗/施設紹介文(50字以内)

記入例)美味しい食パンが売りの駅近のパン屋。イトインスペースも完備。


### ④ 優待サービスの内容(100字以内)

記入例)①1,000円以上購入で10%割引、②入会金無料、③粗品贈呈


### ⑤ 店舗情報(所在地・電話番号・FAX番号・ホームページURL・SNS※利用していれば○)

所在地	〒 鎌倉市		
電話		FAX	
URL		SNS	LINE ・ X(旧Twitter) ・ Instagram

### ⑥ 営業時間・定休日

営業時間	例:平日 9:00~21:00、日祝~20:00	定休日	例:日曜・祝日・年末年始、毎月第3月曜日
------	--------------------------	-----	----------------------

### ⑦ 加盟商店会・商業施設名・チェーン店名

例:〇〇商店会、〇〇モール
---------------

## (2) 高齢者外出促進マップへの掲載について

① 令和6年4月から配布するマップへの掲載を希望しますか。

掲載を希望する                       掲載を希望しない → 質問は以上です

※紙面の都合上、掲載希望が想定より多かった場合、掲載店舗数が少ない地域の店舗を優先的に掲載させていただきます。あらかじめご了承ください。

② ホームページのQRコード掲載を希望しますか。

QRコードの掲載を希望する       QRコードの掲載を希望しない

③ 貴店舗の紹介文について、紙面の構成上、趣旨を変えない範囲で変更することがあります。

校正を希望しますか。     校正を希望する       校正を希望しない

※裏面に続きます

※表面からの続き

④店舗紹介の欄に写真の掲載を希望しますか。

- 写真の掲載を希望し、写真を提供する → メールで別途写真をお送りください
- 写真の掲載を希望するが、適当な写真がないため、撮影を希望する
- 写真の掲載を希望しない

※紙面の都合上、写真が掲載できない場合もありますのでご了承ください。また、写真の掲載を希望しない場合、イラストで対応することがあります。あらかじめご承知おきください。

【注意事項】 ※お申込み前に必ずお読みください。

- ①お申込みいただいた内容は、高齢者のための福寿優待サービス事業協賛店に関連する手続き、連絡以外での使用はいたしません。
- ②記入された情報に変更がある場合、内容変更の申請をお願いいたします。
- ③協賛店舗として決定するにあたっては、審査基準(その業態が公共性を損なうおそれのない店舗であって、次のいずれにも該当しないこと)に基づいて審査を行います。

- (1) 風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律(昭和23年法律第122号)に規定する営業に係る店舗又はこれに類する店舗等
- (2) 貸金業法(昭和58年法律第32号)第2条に規定する貸金業に係る店舗等
- (3) 法律の定めのない医療類似行為に係る店舗等
- (4) 労働者の募集に係る店舗等
- (5) 公の秩序又は善良な風俗を乱すおそれのある店舗等
- (6) 政治団体又は政治活動に係るものと認められる店舗等
- (7) 宗教活動に係るものと認められる店舗等
- (8) 迷信若しくは非科学的と認められる店舗等
- (9) 特定の事項についての主義又は主張に係る店舗等
- (10) 鎌倉市暴力団排除条例(平成23年条例第18号)第2条第2号に規定する暴力団、同条第3号に規定する暴力団員及び同条第4号に規定する者、並びにこれらの者と密接な関係を有する店舗等
- (11) 前各号に挙げるもののほか、サービスの内容又は表現が適当でないと認められる店舗等

鎌倉市高齢者のための福寿優待サービス事業に賛同し、申請した内容で高齢者に対しサービスの提供を行います。

また、鎌倉市暴力団排除条例に基づく排除措置対象者の照会について鎌倉市が必要に応じて実施されることに同意します。

年 月 日

代表者名 \_\_\_\_\_ (署名または記名押印)

連絡先:電話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

\*事業に関する連絡・送付先住所・担当者

送付先住所 \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_