**市区町村が記入**

（様式８）

「買い物弱者対策事業」推薦書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記載市区町村 |  | 印 |
| 担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 所在地 |  | |
| 電話番号 |  | |
| メールアドレス |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 補助事業者名（共同実施の場合は代表事業者名） |  |
| 事業名 |  |

|  |
| --- |
| １．提案事業者の事業予定地域における買い物弱者の状況（高齢者等の徒歩圏に小売店等の立地が不足する状況等） |
| （提案事業者の事業予定地域において、自ら車を運転できない高齢者等の増加や、高齢者等が歩いて行ける範囲に生鮮三品等を扱う小売店の立地が不足し、日常の買い物に不便を感じる者が増加している状況等についてご記入ください。特に、事業予定地域で生鮮三品等を扱う事業者が不足している状況については、必ず記載ください。） |
| ２．提案事業者の申請事業が「買い物弱者対策」として効果的かつ意義が大きいこと |
| （提案事業者の事業が、事業予定地域（上記１．に記載のあった地域）における高齢者等に対して買い物機会を効果的かつ継続的に提供することにつながり、事業地域のコミュニティの維持等に意義が大きいことなどについてご記入ください。） |