

配食サービス事業利用申請書

年 月 日

中井町長 様

住 所
 申請者 氏 名
 電 話
 対象者との続柄

配食サービスの利用について次のとおり申請します。

フリガナ			電 話 ()-	
対象者氏名				
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	性 別	男・女	
住 所	中井町			
申 請 理 由				
緊急時の連絡先	氏 名	住 所	電 話	対象者との関係
		備 考		
利用者負担額	1食当たり 円	※ 希望する内容を○で囲んで下さい。		
自治会名	自治会	配食の種類 普通食 ・ 特別食		
民生委員氏名	印	配食を希望する曜日（祝祭日は除く） 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金		