

ひとり暮らし高齢者等配食サービス利用申請書

年 月 日

蟹江町社会福祉協議会会長 殿

申請者氏名 ㊟

蟹江町ひとり暮らし高齢者等配食サービス実施要綱に基づき、下記のとおり申請します。

記

利用希望者	住所					
	ふりがな			電話番号		
	氏名			携帯番号		
	生年月日	M・T・S	年	月	日生	性別
生活状況	日常生活の状況	1 ひとり暮らし 2 高齢者のみの世帯 3 その他				
	健康状況	1 健康 2 普通 3 病弱（通院している・通院していない）				
緊急連絡先	住所					
	氏名			利用者との続柄		
	電話番号			携帯番号		
調査等の同意	※世帯状況の確認を役場の住民基本台帳を基に調査することに同意いたします。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 利用希望者氏名 ㊟ <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> </div>					
配食希望日		月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日				
希望給食業者						

事務局記入欄	利用の可・否	可・否	利用開始日	年 月 日	利用者番号	
	備考					

※個人情報提供に関する同意書を添付すること。