

(表)

決 裁	課 長	課 長 補 佐	副主幹			受 理	年 月 日
						起 案	年 月 日
						決 裁	年 月 日
次のとおり決定してよろしいか伺います。 1 認定(開始 年 月分から) 2 却下(事由)						通 知	年 月 日
						番 号	第 号

配食サービス利用申請書

年 月 日

下野市長 様

住所 下野市

申請者

氏名

配食サービスを利用したいので、次のとおり申し込みます。また、申請者及び配食サービス利用に伴う緊急連絡先記載の個人情報について関係機関へ提供することに同意します。

住 所	下野市	性別	電 話	()
フリガナ 氏 名		男・女	生年月日	明 治 年 月 日 大 正 昭 和 (歳)
住 所	下野市		電 話	()
フリガナ 氏 名		男・女	生年月日	明 治 年 月 日 大 正 昭 和 (歳)
申請者の 状 況	ア ひとり暮らし高齢者 イ 高齢者のみの世帯 ウ その他()			
サービスを 必要とする 理 由	ア 調理が困難であるから イ 食材、食品の入手ができないから ウ バランスのとれた食事が取れないから エ その他()			
配 食 の 数 回	希望する曜日に○印をして下さい。(1週につき3回限度) 月曜日・水曜日・金曜日(週 回)			

※申請に際しては「配食サービス利用に伴う緊急連絡先」を記載してください。

(裏)

配食サービス利用に伴う緊急連絡先

連絡先 1	氏 名	
	住 所	
	電 話	
	続 柄	
連絡先 2	氏 名	
	住 所	
	電 話	
	続 柄	
連絡先 3	氏 名	
	住 所	
	電 話	
	続 柄	

※配食サービス事業に関して、関係機関において緊急時に使用いたします。