

配食サービス事業利用申請書

年 月 日

下仁田町長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

続 柄 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

配食サービス事業を利用したいので、下仁田町配食サービス事業実施要綱第7条の規定により、次のおり申請します。

- 配食サービス事業委託事業者(下仁田町社会福祉協議会)に対し、利用者情報として下記の内容を提供することに同意します。

記

利用者	フリガナ			性別	男 ・ 女		
	氏名						
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 ( 歳)					
	住所 (TEL)			(TEL)	—		
家族連絡先	フリガナ			利用者との続柄			
	氏名						
	電話番号	①		<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 会社	
		②		<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 会社	
住所							
利用開始希望日	年 月 日 の火曜日から						
利用料請求先	<input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 利用者、申請者以外(以下に氏名・続柄・住所をご記入ください)						
	氏名			続柄			
	住所 (TEL)			(TEL)	— —		

取扱	No.