

高齢者配食サービス事業利用申請書

大里広域市町村圏組合 管理者 宛

申請者 住 所
氏 名 印
利用者との続柄
電話番号

大里広域市町村圏組合高齢者配食サービス事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり配食サービスの利用を申請します。

記

利用者	住 所				被保険者番号	
	ふりがな				電話番号	
	氏 名					性 別
	生年月日				年 齢	
利用者の曜日	希望の曜日を選んで○をつけてください。 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金					
同居者	氏 名	続柄	生年月日	職 業	備 考	
連絡先	親族氏名	続柄	生年月日	住 所	電話番号	
誓約事項	利用日の前日の正午までに受託事業者連絡せずにキャンセルした場合は、利用者負担を支払うことを誓約します。 利用者氏名 _____ 印					

【民生委員確認欄】

上記について、申請通りであり、食事の支度に支障があるので、このサービスの対象とすることが適当であると認めます。

年 月 日

_____ 地区 民生委員 _____ 印