

配 食 サ ー ビ ス 利 用 申 請 書

年 月 日

行田市長 様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

対象者との続柄 _____

電話番号 _____

配食サービスの利用を申請します。

対 象 者	住 所			電話番号		
	氏 名	(男・女)		生年月日	年 月 日生(歳)	
	種 別	☐ 高齢者のみ世帯 ☐ 重度心身障害者(障害者手帳 1・2級、療育手帳 (A)・A)				
申 請 理 由		☐ 食事の調理・用意が困難 ☐ その他()				
利 用 希 望 内 容	希 望 回 数	週 回				
	希 望 曜 日	昼食	日・月・火・水・木・金・土			
		夕食	日・月・火・水・木・金・土			
	希 望 開 始 日	年 月 日から				
	食 事 内 容	ご 飯 (普通・おかゆ・おにぎり)				
		おかず (普通・きざみ大・きざみ小)				
	希 望 委 託 業 者					
緊 急 連 絡 先	住 所					
	氏 名					
	電 話 番 号			利用者との続柄		
備 考						