扶桑町配食サービス利　用　申　請　書

年　　月　　日

　　　扶桑町長　様

申請者　住　所

氏　名

電　話

　　次のとおり配食サービスの利用を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利　　　用　　　者 | 住所 | 扶桑町大字 | | | | 電話 |  | | |
| ふ り が な |  | | 生年月日 | 年　　月　　日  （満　　歳） | | | 性　別 | 男　女 |
| 氏名 |  | |
| 住所 | 扶桑町大字 | | | | 電話 |  | | |
| ふ り が な |  | | 生年月日 | 年　　月　　日  （満　　歳） | | | 性　別 | 男　女 |
| 氏名 |  | |
| 対象要件 | １　ひとり暮らし高齢者 | | | 利用希望 | 年　　月　　日以後の | | | | |
| ２　高齢者のみの世帯 | | | 月・火・水・木・金・土・日 | | | | |
| ３　心身障害者のみの世帯 | | | 曜日の夕食（週　　　　回） | | | | |
| ４　その他 | | | 祝日利用　　 あり　・　なし  ご飯　　　　 あり　・　なし  普通食以外の希望  あり（　　　 食）・　なし | | | | |
| 利用事業者 | | |  | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 家族等 | | 住　所：  氏　名：　　　　　　　　　　　　　電話： | | | | | | |
| 民 生 委 員 | | 氏　名：　　　　　　　　　　　　　電話： | | | | | | |

**※個人情報提供について**

この申請書に記載した各自の個人情報については、サービスを円滑に提供するため、必要最小限の範囲内で、担当民生委員、扶桑町地域包括支援センター及び本事業の委託業者に提供します。