

年 月 日

昭和町長 様

申請者 氏名

㊞

## 配食サービス事業利用（変更）申請書

配食サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

申請者	住所		
	氏名		
	電話番号		
利用者	住所	昭和町	
	ふりがな		【対象】 1. 1人暮らし高齢者 2. 高齢者世帯等 3. 障害者 (65歳以上で調理が困難なもの)
	氏名		
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
電話番号			
利用希望曜日	月・火・水・木・金・土・日 週 回		
利用開始希望日	年 月 日 ( ) から		
希望配食業者			
緊急時連絡先	住所	☎ ( )	
	氏名	利用者との続柄 ( )	

配食サービスが必要と認められるので、申し添えます。

担当民生委員氏名

㊞

年 月 日

## 配食サービス事業利用決定（変更）通知書

昭和町社会福祉協議会長 様

昭和町長

次のとおり利用決定しましたので、通知します。

利用者氏名			
決定開始日	年 月 日 ( ) から		
決定曜日	月・火・水・木・金・土・日 週 回		
利用者負担	一食 円		