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 |