

年 月 日

配食サービス利用（新規・変更・更新）申請書

（あて先）胎内市長

住所
氏名 ㊟

胎内市高齢者配食サービス事業実施要綱に基づく配食サービスを利用したいので、申請いたします。

申請者氏名	
申請者住所	
申請者の生年月日	年 月 日（ 歳）
申請者の電話番号	
アセスメント実施者名	
アセスメント実施者意見 （変更内容）	
世帯の状況	一人暮らし・その他 （ ）
（新規・変更・更新） 開始希望日	年 月 日以降の配食日
希望回数	1週間につき 回
希望曜日	月・火・水・木・金 ※希望する曜日に、○をつけてください。
不在時及び緊急時連絡先	不在時 緊急時
住居略図	
利用者負担金の決定のために、この事業の担当者が私の市民税の課税状況について確認することに同意します。	
同意者（申請者）氏名 ㊟	同意者（世帯員）氏名 ㊟
同意者（世帯員）氏名 ㊟	同意者（世帯員）氏名 ㊟