

年 月 日

配食サービス利用（新規・変更）申請書

（あて先）胎内市長

住所
氏名

胎内市障がい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。

利用者負担金の決定のため、私（対象者）の世帯の住民登録情報、税務資料その他について、市の担当者が各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者氏名	
対象者住所	
対象者の生年月日	年 月 日（ 歳）
対象者の電話番号	
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） 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	