

小郡市食の自立支援事業利用申請書

年 月 日

小郡市長

殿

申請者 住所 小郡市

番地

氏名

電話 ー

小郡市食の自立支援事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり配食を申請します。なお、利用者及びその世帯員の世帯構成状況並びにその課税状況について、住民基本台帳（住民票）等により確認されることを承諾します。

記

利用者	ふりがな 氏 名		性別	男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日・満 歳	電話	ー
	ふりがな 氏 名		性別	男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日・満 歳	電話	ー
	住 所	小郡市 番地	校区	
緊急連絡先		氏名	続柄	☎ ー
申請理由 (現在の状況等)				
配食開始希望年月日		年 月 日		
備考	配食時の出入口 玄関・裏口 () 留守のときの置き場所 () 弁当を保管する入れ物の有無 有 ・ 無			

※ 添付書類 「在宅福祉サービスに関する意見について」