第１号様式(第６条関係)

配食サービス利用申請書

年　　月　　日

　（宛先）

伊奈町長

住所

申請者　氏名

電話

　　次のとおり配食サービスを利用したいので、伊奈町配食サービス事業実施要綱第6条に基づき申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用希望者 | フリガナ |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 住所 | 電話 | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日(　　歳) | 性別 | 男　　女 |
| 区分 | □　ひとり暮らし高齢者 | | | |
| □　高齢者世帯 | | | |
| □　高齢者世帯に準ずる世帯 | | | |
| □　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 希望配食業者 |  | | | |
| 宅配を希望する曜日（週５日以内） | 月　・　火　・　水・　木　・　金　・　土　・　日 | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 利用者との続柄(　　　) | | |
| 住所 |  | | |
| 連絡先 |  | | |