

和泉市配食サービス利用申請書

和 泉 市 長 あて

申請者 住所

氏名

自署しない場合は、記名押印してください。

電話()

利用者との続柄 ()

配食サービスの利用について下記のとおり申請いたします。なお、配食サービス決定のために行う住民基本台帳の確認を承諾します。

利用者住所	和泉市		
フリガナ			
氏 名			
生年月日	年 月 日	電話	—
配食サービス 利用の理由			
障がい者手帳	有（ 種 級 ）・無		
家族(世帯)構成	独居障がい者 / 障がい者のみ世帯 その他（ ）		
配食希望曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 （希望曜日に○をしてください）		
食事制限等の有無	有（理由： ）・無		
緊急連絡先	住 所		
	氏 名	続柄（ ）	
	電 話		
備 考			