

食の自立支援事業利用申請書

平成 年 月 日

佐伯市長 様

申請者 住所 佐伯市

氏名 印

電話

食の自立支援事業の配食サービスを利用したいので、下記のとおり申請します。

利用者	氏名				性別	男・女	
		生年月日	年 月 日		(満 歳)		
	住所	佐伯市				(TEL —)	
家族の状況	氏名	続柄	年齢	備考			
緊急連絡先	氏名			TEL	自宅		
					勤務先		
希望理由							
利用日	サービス開始希望日 平成 年 月 日 () から						
利用回数	1. 毎日						
	2. 希望曜日 月 火 水 木 金 土 日						
希望事業所							
備考							

配食事業所への情報提供について（新規申請者のみ）

1. 承諾する 氏名 印
2. 承諾しない