

事務局長	課長	係長	事務職員	事務職員	事務職員	係

(様式第1号)

## 配食サービス利用申請書(余目)

申請者(利用者)	住所	庄内町			集落名
	氏名	Ⓜ		男・女	
	生年月日	M T S	年 月 日( 歳)	電話番号	( )
申請理由	炊事等が困難である心身の理由を具体的に記入して下さい。				
利用開始日	年 月 日 ( )				
*利用する曜日を○で囲んで下さい。  1、 水曜日と金曜日を利用する。  2、 水曜日のみ利用する。  3、 金曜日のみ利用する。	緊急時連絡先①		住所		
			氏名		
			続柄		
			電話	( )	
	緊急時連絡先② (※①が町外の場合、町内にお住いの方。)		住所		
			氏名		
			続柄		
			電話	( )	
特記事項					

※連絡なくお休みした時の利用料(お弁当代)は、申請者(利用者)が負担いたします。  
 ※最終利用日より1年以上ご利用やご連絡の無い方は利用者名簿より削除いたします。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

社会福祉法人庄内町社会福祉協議会

会長 奥山 賢一 殿

届出者 所属(事業所名等)

氏名

電話 ( )

※届出者が支援担当から変更になった場合は速やかにご連絡ください。

この事業は、共同募金の配分金で行っています。