

令和 年度大山町配食サービス事業利用申請書

大山町長 様

住所
 申請者 氏名
 （対象者との続柄 ）
 電話番号

配食サービス事業を利用したいので、申請します。

記

対象者	氏 名		性 別		
	住 所		電 話		
	生年月日		世帯主		
緊急時連 絡先	氏 名		続 柄		
	住 所		電 話		
1 週間当たりの回数		回	曜日： 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金		
配食の種類	a 一般食（380 円） b 一般食・ご飯無し（260 円） c 長寿食（510 円） d 長寿食・ご飯無し（390 円） e 減塩・低カロリー（610 円） f 減塩・低カロリー・ご飯無し（490 円） ※（ ）：自己負担の金額				
家族 状況	氏 名	性別	続柄	生年月日	備 考
支払方法		現金 ・ 口座振替（合銀 ・ 鳥銀 ・ ゆうちょ ・ J A）			
備 考					

