

上ノ国町配食サービス事業利用申請書

年 月 日

上ノ国町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
利用者との続柄

配食サービスを利用したいので次のとおり申請します。

1 利用者

氏 名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
住 所		電話番号	
世帯状況	☐ 独居 ☐ 高齢者のみ世帯 ☐ 障害者のみ世帯 ☐ その他（ ）		

2 利用を希望する理由

理 由	☐ 調理が困難
	☐ 栄養管理が必要
	☐ その他（ ）

3 緊急連絡先

氏 名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
住 所		電話番号	
氏 名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
住 所		電話番号	

私は、本事業の利用決定に必要な範囲で、町が住民基本台帳その他必要な情報を確認することに同意します。また、「上ノ国町配食サービス事業対象者チェックリスト」に記載された内容を、事業の実施に必要な範囲内で、町及び受託業者が利用し、情報共有することに同意します。

署 名