

申込先：三春町福祉会館 電話0247-62-8586

宅配給食サービス事業申込書（表）<sup>おもて</sup>

令和 年 月 日

三春町社会福祉協議会長 様  
申込者住所 〒

氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
(電話番号 \_\_\_\_\_)

下記のとおり、宅配給食サービス事業を申し込みいたします。  
なお、利用決定のために必要な世帯状況等必要事項を担当者が調査することに同意します。

記

利用者	ふりがな		生年 月日	年 月 日生
	氏名			
	住所: 〒	—		
		三春町 大字 字		
	電話番号:	( )		
利用希望日	月・火・水・木・金・土 (週回) 祝祭日 利用する・利用しない ※希望する曜日に○を付けてください。			
希望開始日	月 日 ( )			
世帯構成	ひとり暮らし高齢者 高齢者のみ 日中高齢者のみ ひとり暮らし障がい者 日中障がい者のみ			
緊急時 連絡先	氏名	(続柄 )	氏名	(続柄 )
	住所		住所	
	電話 番号		電話 番号	

※緊急時連絡先は、近隣の方と親族の方をお書きください。

※裏面の希望メニュー等を記入ください。

# 希望メニュー等 (裏)

記入: 年 月 日

宅配給食サービス利用希望者氏名: \_\_\_\_\_

希望するものに、○をつけてください。

ご 飯	炊き加減	盛り加減
	普 通	普 通
	やわらかめ	小 盛 り
	お か ゆ	大 盛 り

お か ず	普 通
	一 口 大
	き ざ み
	ミキサー

アレルギー等	アレルギー症や糖尿病でカロリー制限等の食事制限のある方は、ご記入ください。

※サービス利用決定後に変更できますので、申請時点で希望を記入ください。