

配食サービス利用申請書

年 月 日

白石市長 殿

住 所
申請者
氏 名
(電話 ー)

次のとおり配食サービスを利用したいので申請します。

利用 希望 者	ふりがな 氏 名		男・女	生年月日	大・昭・平・西暦 年 月 日 () 歳
	住 所	〒			申請者との続柄
	利用者区分	1. 高齢者 2. 障害者 3. その他		障 害 区 分	ー
配食サービスを希望する理由					
配食を希望する曜日		月 火 水 木 金 の夕食 (週 回) 希望する曜日を○でかこんでください。			
特 記 事 項					

緊急時連絡票

記入日 年 月 日

利用者氏名		性別	男・女	電話番号	
住所					
生年月日	大・昭・平成・西暦		年	月	日生（ ）歳
かかりつけの病院	病院名				
	電話番号		主治医名		

緊急連絡先 1

ふりがな氏名		利用者との続柄	
電話番号		携帯電話	
住所			
勤務先名		勤務先の電話番号	

緊急連絡先 2

ふりがな氏名		利用者との続柄	
電話番号		携帯電話	
住所			
勤務先名		勤務先の電話番号	

※緊急連絡先は、利用者の方の緊急時に連絡をとりますので、自宅に連絡が取れない場合も考え、自宅を除いて必ず2カ所の記入をお願いいたします。