

宅配給食サービス事業申込書（表）

平成 年 月 日

三春町長 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住民基本情報について、町担当者が調査することに同意します。

また、サービス利用が決定になった場合は、サービスの受託事業者に対し、サービスの実施に関し必要な範囲において、個人情報町から提供されることに同意いたします。

記

利用者	氏名：	生年月日	年 月 日生
	住所：〒 _____ 三春町 字 _____		
	電話番号：024 _____ ()		
利用希望日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 (週____回) 希望する曜日に○を付けて下さい。		
世帯構成	一人暮らし高齢者 高齢者夫婦のみ 身体障害者		
緊急時連絡先	氏名		氏名
	住所		住所
	電話番号		電話番号

※緊急時連絡先は、近隣の方2名をお書きください。

※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：平成 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。

	炊き加減	盛り加減
ご 飯	普 通	普 通
	やわらかめ	小盛り
	お か ゆ	

お か ず	普 通
	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でも変更できますので、申請時点で希望を記入ください。