

様式第1号(第6条関係)

社会福祉法人始良市社会福祉協議会

会 長 兼 田 勝 久 殿

ふれあい給食サービス事業利用申請書

社会福祉法人始良市社会福祉協議会ふれあい給食サービス事業の利用について、申請します。

利 用 者	氏 名					性別	男 ・ 女			
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 (歳)								
	住 所									
	自 治 会					電話番号				
登録年月日	令和 年 月 日				登録番号	第 一 号				
配 達 日	曜 日	月	火	水	木	金	土	日	祝	
	昼 食									
	夕 食									
開 始 日	令和 年 月 日				終了日	令和 年 月 日				
負 担 金	1食当たり 650円									
緊 急 連 絡 先	第 一 連絡先	氏名				利用者との関係				
		〒								
		住所				電話番号				
	第 二 連絡先	氏名				利用者との関係				
		〒								
		住所				電話番号				
	第 三 連絡先	氏名				利用者との関係				
		〒								
		住所				電話番号				
備 考					受 付 日					
					令和 年 月 日					