

配食サービス利用申請書

平成 年 月 日

白石市長 風 間 康 静 殿

住 所
申請者
氏 名 (印)
(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	明・大・昭 年 月 日 () 歳
	住 所	〒	申請者との続柄		
			電話番号	ー	
利用者区分	1.高齢者 2.障害者 3.その他	障害区分			
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 平成 年 月 日

利用者氏名		性別	男・女	電話番号	
住 所					
生年月日	明治・大正・昭和 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、そのほかに必ず2カ所の記入をお願いいたします。