

様式第1号

甲州市社会福祉協議会声かけ配食サービス事業利用・変更申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 甲州市社会福祉協議会
会 長 様

申請者 住所

氏名 ⑩

電話

甲州市社会福祉協議会 声かけ配食サービス事業の利用を申請・変更します。
サービスの利用にあたり、不在時や異常時の緊急連絡先への連絡について同意します。

利用者	ふりがな		性別	男・女
	氏名	⑩	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳
	住所	〒 甲州市	電話番号	
申請・変更理由				
利用開始希望日	令和 年 月 日 () ~			
希望配食数	月・火・水・木・金・土 (希望曜日に「○」) 週 回			
弁当内容	普通弁当 ・ 油抜き弁当			
不在時・ 緊急連絡先	氏名	続柄 ()	電話番号	
	住所			
	氏名	続柄 ()	電話番号	
	住所			

※自宅付近の地図を添付すること

市社協記入欄

申請内容確認	<input type="checkbox"/> 申請書確認 <input type="checkbox"/> 配食業者確認 <input type="checkbox"/> 配食開始日(令和 年 月 日)		
	担当民生委員	氏名	住所
	関係者	氏名	住所
特記事項			