

年 月 日

配食サービス利用（新規・変更）申請書

（あて先）胎内市長

住所  
氏名

胎内市障がい者配食サービス事業実施要綱に基づく配食サービスを利用したいので、申請いたします。

利用者負担金の決定のため、私（対象者）の世帯の住民登録情報、税務資料その他について、市の担当者が各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対 象 者 氏 名	
対 象 者 住 所	
対象者の生年月日	年 月 日（ 歳）
対象者の電話番号	
アセスメント実施者名	
アセスメント実施者 意 見 （ 変 更 内 容 ）	
世 帯 の 状 況	一人暮らし・その他 （ )
（ 新 規 ・ 変 更 ） 開 始 希 望 日	年 月 日以降の配食日
希 望 回 数	1 週間につき 回
希 望 曜 日	月・火・水・木・金 ※希望する曜日に、○をつけてください。
不在時及び緊急時連絡先	不在時 緊急時
住居略図	