

第2号様式（第6条関係）

逗子市福祉配食サービス利用申請書

| |
|------------------------------|
| 年 月 日 |
| 逗子市長 |
| 申請者 住所 氏名 生年月日 電話番号 |
| 福祉配食サービスを利用したいので、次のとおり申請します。 |

| | |
|---------|-------|
| 配食開始希望日 | 年 月 日 |
|---------|-------|

| | |
|--------|--------------------------------|
| 配食希望回数 | 週 回 （月・火・水・木・金・土・日） ※希望する曜日に○印 |
|--------|--------------------------------|

| | |
|---------------|---|
| 希望する 食事の種類 | <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> カロリー・塩分調整食【カロリー調整食】 <input type="checkbox"/> たんぱく・塩分調整食【低たんぱく食】 <input type="checkbox"/> やわらか食 <input type="checkbox"/> ムースセット食 <input type="checkbox"/> 消化にやさしい食 <input type="checkbox"/> 透析食 ※希望する種類に☑ |
|---------------|---|

| 緊 急 連 絡 先 | ふりがな 氏名 | 住所 | 続柄 | 電話番号 |
|-----------------------|------------|----|----|--------------|
| 急 | | | | (自宅) (携帯) |
| 連 | | | | (自宅) (携帯) |
| 絡 | | | | (自宅) (携帯) |
| 先 | | | | (自宅) (携帯) |

| | |
|--------------------|--|
| 福祉配食サービスの利用を希望する理由 | |
|--------------------|--|

| |
|--|
| 私は、逗子市福祉配食サービスを利用するに当たり、利用者負担額の決定に必要があるときは、私及び世帯員の課税状況等について、担当課に照会することに同意します。また、私は、市が事業者へ本申請内容（緊急連絡先含む。）を通知することに同意します。 |
| 氏名 _____ ※申請者の署名 |