

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 ※希望する種類に☑ <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
---------------	---

緊急 連絡 先	ふりがな 氏名	住所	続柄	電話番号
				(自宅) (携帯)
				(自宅) (携帯)
				(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なときは、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。
氏名 _____ ㊟ ※申請者の署名