様式第１号（第４条関係）

川島町在宅高齢者配食サービス事業利用申請書

　　年　　月　　日

　　川　島　町　長　　あて

申請者　住所　川島町

氏名

電話

利用者との続柄

　下記のとおり川島町在宅高齢者配食サービスを利用したいので申請します。なお、私は、自身の住民基本台帳及び課税台帳の情報を受給資格確認のため、川島町健康福祉課長が使用することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 住　所 | | 川島町 | | | | | |
| 氏　名 | |  | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | |
| ＢＭＩ | | (体重　　ｋg)÷(身長　　ｍ)÷(身長　　ｍ）＝ | | | | | |
| 家族構成 | 氏　　　名 | | | 続柄 | 年齢 | 備　　考 | | |
|  | | |  |  |  | | |
|  | | |  |  |  | | |
|  | | |  |  |  | | |
| 緊急  連絡先 | 氏　　　名 | | | 続柄 | 住　　所 | | | 電話番号 |
|  | | |  |  | | |  |
| 実施希望曜日  利用開始日 | | 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日　（ 昼 ・ 夕 ）  　年　　月　　日から | | | | | | |
| 希望配達業者 | |  | | | | | | |
| 弁当種類 | |  | | | １食の金額 | |  | |
| 申請の理由 | |  | | | | | | |