

氷川町長 藤本 一臣 様

住所 氷川町 番地

氏名

氷川町食の自立支援利用申請書

氷川町食の自立支援事業実施要綱第7条の規定に基づき申請します。

対象者氏名							
生年月日(年齢)							
対象者住所	氷川町			電話番号			
配食を申請する理由							
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	年齢	備考		
配食開始希望日 (終了日)	年 月 日 () から (年 月 日 () まで)						
配食スケジュール							
希望回数 週 回	月 昼・夕	火 昼・夕	水 昼・夕	木 昼・夕	金 昼・夕	土 昼・夕	日 昼・夕
民生委員の意見	民生委員氏名						
緊急連絡先	氏名		連絡先	(自宅) (携帯)	-	-	
	住所	〒					

○この情報は本事業以外に利用しません。

○緊急連絡先は、町又は委託事業者より連絡がありますのでご了承ください。