

すさみ町食の自立支援事業利用申請書

令和 年 月 日

すさみ町長 様

すさみ町食の自立支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、配食サービスの利用決定において必要があるときは、対象者の要介護認定状況、及び住民基本台帳等を町が確認することに同意します。

また、事業の利用に関して不可抗力等によるいかなる事故が発生しても、すさみ町に対して一切の責任を問いません。

申請者			
住所	すさみ町	続柄	
ふりがな		連絡先	
氏名			

利用者(本人)		性別	生年月日
ふりがな		男・女	明治・大正・昭和 年
氏名	⑩		月 日 (歳)

*自署または記名押印

家族及び生計関係者の状況				
氏名	年齢	続柄	職業	備考

申請の理由

緊急連絡先			
名前		名前	
住所		住所	
連絡先		連絡先	