

(あて先)成田市長

申請者は「対象者」の方のみです。

住所
申請者 氏名
電話番号 ()

サービスを受けたいので、下記のとおり申請します。

記

申請日から、3日以上先（土日祝日を除き）の日付でお願いします。

対象者	住所	
	氏名	
配食希望年月日	年 月 日から	
配食希望回数	週 回	
配食希望曜日	月・火・水・木・金・土・日 (希望する曜日に○印) ※希望曜日が祝日の場合に、配食が不	
世帯の状況	1 一人暮らし高齢者 2 高齢者だけの世帯 3 高齢者を含む世帯 4 一人暮らし心身障害者 5 心身障害者だけの世帯 6 心身障害者を含む世帯 7 その他の世帯()	

配食を取らない日はどのようにするのか、欄外に記入してください。（水はデイサービス、土日は家族の支援等）

【市記載欄】※以下は記入しないでください。

祝日の希望	あり ・ なし	※配食を希望しない曜日の状況など ・ホームヘルパー ・デイサービス ・その他
配達時の希望 (事態調査票)	聞き取り及び聞き取り等： 要 ・ 不要	
独居高齢者見守りサービスの利用	あり ・ なし	