

別記第1号様式

高齢者及び障害者配食サービス利用申請書

年 月 日

(あて先)成田市長

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号 ( )

高齢者及び障害者配食サービスを受けたいので、下記のとおり申請します。

記

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、配食が不要となる方はお知らせください。	
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( )	

【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)	聞き取り及び間取り等： 要 ・ 不要	
独居高齢者見守り サービスの利用	あり ・ なし	