

給食サービス事業 利用申請書

令和 年 月 日

厚真町社会福祉協議会 会長 宛

給食サービスの利用をしたいので、下記の通り申請します。なお、給食サービス事業を利用するにあたり、個人情報をご委託業者に提供することに同意します。

利用者情報	ふりがな		男・女	生年月日	大・昭・平		
	氏名				年	月	日
	住所	〒059-1 勇払郡厚真町	電話番号	自宅	0145	-	-
				携帯			
<input type="checkbox"/> 65歳以上 ※介護保険証等の写し添付。申請中の場合は後日提出。							
〔介護保険〕・申請なし ・申請中 ・事業対象者 ・要支援 ・要介護							
〔障がい〕 ・障害者手帳(有/無) ・受給者証(有/無)							
<input type="checkbox"/> その他()							
申請者	ふりがな		電話番号	自宅	-	-	
	氏名			携帯	-	-	
	住所	〒		利用者との関係			
COOP会員		会員・非会員	会員名(わかれば会員番号も)				

※申請者は、本人及び法定代理人、または給食サービスの利用にあたり一切の責任を負う方。かつ、委託業者と直接連絡を取り合っていた方。利用者と同じ場合、申請者欄は氏名と印鑑のみで可。

利用希望日 (週3回以上)	(月・火・水・木・金・土) 週 回					
希望コース	<input type="checkbox"/> 委託業者と直接相談希望					
金額は1食あたりの利用者負担額	<input type="checkbox"/> 松セット(ご飯あり) 670円	<input type="checkbox"/> 松(おかずのみ) 620円				
	<input type="checkbox"/> 竹セット(ご飯あり) 519円	<input type="checkbox"/> 竹(おかずのみ) 469円				
	<input type="checkbox"/> 梅セット(ご飯あり) 450円	<input type="checkbox"/> 梅(おかずのみ) 400円				
開始希望日	令和 年 月 日 から 開始希望					
申請理由						
緊急連絡先	ふりがな		電話番号	自宅	-	-
	氏名			携帯		
	住所	〒		利用者との関係		
担当介護支援専門員等:						
備考						

【社協処理欄】※この欄は記入しないでください

確認書類 介護保険被保険者証 障がい手帳・受給者証 その他

○ 利用助成額: 1食 円