

一人暮らし老人給食サービス利用申請書

平成 年 月 日

会津坂下町長

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号

下記のとおり給食サービスを受けたいので、会津坂下町一人暮らし老人等給食サービス事業実施要綱の規定により申請します。

記

利 用 者 名		
利用者の身体の状態	健康状態	
利用者の世帯の状況等	世帯主名 その他の世帯員	
希望するサービス	訪問給食週 1 回	
	訪問給食週 2 回	