

様式第1 (第6条関係)

○年 ○月 ○日

鹿児島市長 殿

申請者 住所 鹿児島市山下町11-1

氏名 ○○ ○○

電話 099-123-4567

鹿児島市ゆうあい訪問給食事業利用申請書

[利用希望者]

氏名	生年月日	年齢	続柄	身障手帳の級・内容	備考
○○ ○○	昭和○年○月○日	80	本人	心臓 1級	

上記利用希望者は、食事の調理が困難であるため、ゆうあい訪問給食事業を利用したいので、次のとおり申請します。

昼食の配食希望回数等 週 6 回 [月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・土曜日]

夕食の配食希望 [はい・いいえ] (※昼食の配食を週6回受ける方のみ)

世帯の状況 (利用希望者を除く。)	氏名	生年月日	年齢	続柄	備考

緊急連絡先	氏名：○○ ○○ (関係：長女)
	住所：鹿児島市○○町1-1 (電話：090-1234-5678)

同意書

訪問給食事業の利用に際し、状況の把握及び利用料の決定において、介護認定資料、住民税課税資料及び生活保護受給資料の閲覧に同意します。

(利用希望者) ○○ ○○ 印

(利用希望者) 印