

年 月 日

## 矢巾の福祉ふれあい弁当配食サービス利用申請書

社会福祉法人矢巾町社会福祉協議会長 殿

### 申請者

氏 名	
住 所	矢巾町
電 話	
生年月日	

私は、下記の項目に該当しますので、矢巾の福祉ふれあい弁当配食サービスの利用を申請します。なお、緊急時連絡先として下記のとおり申出します。

1. 70歳以上の一人暮らし
2. 70歳以上のみの世帯
3. 身体・知的・精神障がい者手帳所持者
4. その他 ( \_\_\_\_\_ )

### 緊急時の連絡先

第1連絡者 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

第2連絡者 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

### 民生委員証明欄

上記申請者は矢巾の福祉ふれあい弁当配食サービス利用者に該当するものです。

年 月 日

民生委員氏名 \_\_\_\_\_ 印

※ ふれあい弁当は月2回(第2月曜日と最終月曜日)の夕食で、食事作りが困難な方を対象として、一食200円でお届けしております。