

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 様

氏名			
住所	矢巾町		
電話		携帯	
生年月日	T S H		

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。

- 75歳以上の一人暮らし
- 75歳以上のみの世帯
- 身体・知的・精神障がい者手帳所持者
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

緊急時の連絡先

第一連絡先	氏名 _____	かかりつけの病院	①病院名 _____
	続柄 _____		電話 _____
第二連絡先	住所 _____	介護サービス事業所	②病院名 _____
	電話 _____		電話 _____
	携帯 _____		※介護サービスを利用していない方は記入不要です。

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