

令和 年 月 日

(宛先) 阿久根市長 様

住 所
氏 名 印
生年月日 年 月 日(歳)
区 名 () 電話

阿久根市「食」の自立支援事業利用申請書

阿久根市「食」の自立支援事業の利用を次のとおり申請します。

希望する配食の回数 (希望する曜日に○を 付けてください。)	曜 日	月	火	水	木	金	土	日
	昼 食							/
	夕 食							
申 請 理 由								
緊急時の連絡先(扶養 義務者又は後見人)	氏 名				続 柄			
	住 所				電 話			
近 所 の 知 人 等	氏 名				続 柄			
	住 所				電 話			
	勤 務 先				電 話			
民生委員の意見								
民生委員氏名 印								
自 宅 略 図	自宅付近の略図を添付してください。							

※ 上記申請に必要な課税状況の閲覧に同意します。

生計中心者氏名

印