

様式第1号（第6条関係）

「食」の自立支援事業利用申請書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

「食」の自立支援事業を利用したいので申請します。

利用希望者	住所 長久手市	性別	男 ・ 女
	フリガナ 氏名	電話	—
生年月日	大正・昭和 年 月 日生		
開始日	年 月 日（ ）から		
宅配希望曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日		
昼食／夕食	昼 食 ・ 夕 食		
食事内容	普通食・ボリューム食・糖尿病食・減塩食・腎臓食		
配食業者			
主な申請理由	栄養管理 ・ 安否確認 ・ その他（ ）		
緊急 連絡先 1	氏名： (続柄)	電話番号：	
	住所：		
緊急 連絡先 2	氏名： (続柄)	電話番号：	
	住所：		
自宅付近の地図			