

## 稲美町「食」の自立支援事業利用申請書

年 月 日

稲美町長様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 利用者との続柄 ( \_\_\_\_\_ )  
 電話番号 \_\_\_\_\_

稲美町「食」の自立支援事業実施要綱第6条の規定に基づき、配食サービス等の「食」の自立支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、世帯全員の課税状況について稲美町長が税務関係当局に報告を求めると及び利用者の連絡先や緊急連絡先等について、稲美町が実施機関に情報を提供することに同意します。

利用者	住 所				電話番号			
	フリガナ 氏 名				性別	男・女		
	生年月日	年 月 日生 ( 歳)						
世帯 状 況	1 65歳以上の単身世帯		2 高齢者のみの世帯					
	3 重度心身障害者の単身世帯		4 重度心身障害者のみの世帯					
	5 重度心身障害者と高齢者のみの世帯		6 その他					
	世帯員氏名	続柄	生年月日	職業	住民税課税状況			
希望する曜 日に○印を 記入	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日		
不在時預先	住所			電話				
	氏名			続柄				
緊急連絡先	住所			電話				
	氏名			続柄				