

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

東彼杵町長 様

住 所

申請者氏名

印

東彼杵町在宅高齢者等「食」の自立支援事業（配食サービス）を受けたいので、申請いたします。  
記

対象者氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日		
住 所	東彼杵町 郷 番地	世帯主氏名					
電話番号	自宅	携帯					
申請理由							
希望曜日の申し込み記入欄 (○印を記入してください。)			配食開始希望日	年 月 日			
種別	月	火	水	木	金	土	おかゆ希望：無・有
昼食							アレルギー：無・有 (食品名 )
夕食							配慮事項：塩分控えめ 他 ( )

宣 誓 書

氏 名

印

私は、下記注意事項を誓約し、東彼杵町在宅高齢者等「食」の自立支援事業を申し込みます。  
もし、下記のことを守らない場合に起きた事故については、一切私の責任といたします。

記

1. 配食された昼食は当日13時までに、夕食は当日19時までに食べます。
2. 食事の前は、必ず手を洗います。
3. 食べた後の残りは、そのまま放置せず、必ず捨てて弁当箱を洗い流します。