

平成 年 月 日

湯 沢 町 長 様

申請者住所： \_\_\_\_\_

申請者氏名： \_\_\_\_\_ (印)  
(利用者との続柄 )

電話 番 号： \_\_\_\_\_

### 湯沢町配食サービス利用申込書

湯沢町配食サービス事業を利用したいので、下記のとおり申し込みます。

利 用 者	住 所	(町内名 )			
	氏 名		電話番号	—	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日( 歳)	性別	男 ・ 女	
家 族 の 状 況	氏 名	生年月日		続柄	備 考
		明・大・昭 年 月 日			
		明・大・昭 年 月 日			
緊 急 連 絡 先	氏 名	住 所		続柄	電話番号

- .....
- ① 給食をお届けする日は毎週月曜日・木曜日です。(祝日・年末年始を除く)
  - ② 一食あたり 200 円の自己負担金をいただきます。
  - ③ 何かありましたら、湯沢町社会福祉協議会へ連絡ください。(電話 784-4111)