

申込日： 年 月 日 ( )

## 令和4年度 食事サービス利用申込書【前期】

申込者氏名	フリガナ		
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日 ( 歳)		
住 所	坂祝町	自治会	
電話番号	- -		
対 象 (当てはまるものに○をつけて下さい)		65歳以上の一人暮らしの方	
		70歳以上の二人暮らしの方	
		その他、当会会長が必要と認めた方	

緊急連絡先	氏 名		続 柄	
	住 所			
	電話番号			

《利用希望日・支払料金》 ※○をつけてください。

	①すべての日程を希望する	(1食450円 ×	回 =	円)
	②水曜日のみを希望する	(1食450円 ×	回 =	円)
	③金曜日のみを希望する	(1食450円 ×	回 =	円)

【問い合わせ先】

坂祝町社会福祉協議会 地域福祉課 TEL：27-1222 FAX：26-8974