様式第１号

（受　付）

吉見町老人愛の牛乳給食サービス申請書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人吉見町社会福祉協議会
会　長　　新　井　久　夫　様

住　　所　　吉見町
ふりがな
氏　　名
印　（男・女）
生年月日　　明・大・昭　　年　　月　　日生
電　　話　　０４９３－　　－
携帯電話

吉見町老人愛の牛乳給食サービスを受けたいので、申請致します。

希望給食サービス（ 牛　乳・ヤクルト・ヨーグルト ）

緊急時の連絡先（優先順に記入してください）				
	氏　　名	続柄	住　　所	電話番号（携帯番号）
1				携帯
2				携帯

介護保険利用	無　・　有	ケアマネジャー	事業所： 担当者：
かかりつけの病院			

（注）申請書に記載された個人情報については、本会における事業及び安否確認以外の目的には使用いたしません。

担当民生委員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

決　　定	会　長	常務理事	事務局長	係　長	主　任	専 門 員	係
平成　年　月　日							
可　・　否							