

大紀町ふれあい配食サービス事業利用申請書

| | | | |
|------------|---|----------|-----|
| ふりがな 氏名 | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年 月 日 （ 歳） | | |
| 電話番号 | | | |
| 携帯番号 | | | |
| 住所 | 大紀町 | | |
| サービスを受ける理由 | | | |
| 緊急時の連絡先 | 住所 | | |
| | 氏名 | | 続柄 |
| | 電話 | (自宅・勤務先) | |
| | | (携帯番号) | |
| 区分 | <input type="checkbox"/> 独居世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 身障者世帯 | | |
| 備考： | | | |
| | | | |
| | | | |

私は、大紀町ふれあい配食サービス事業で提供した上記の個人情報、別紙の健康状況等記事を社会福祉及び防災の目的で、大紀町役場健康福祉課・大紀町社会福祉協議会・大紀町地域包括センター・大紀町民生委員児童委員・地域福祉委員会に提供することを承諾します。

大紀町長 様

令和 年 月 日 氏名

Ⓢ