申し込み日：　　年　　月　　日

食事サービス利用申込書

	4月～9月
	10月～3月

【申込者】

氏名	フリガナ ㊞	
生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日（　　歳）	
住所	坂祝町　　自治会名（　　）	
電話番号	0574－　　－	
対象 ○をつけてください。		65歳以上の一人暮らしの方
		70歳以上の 2 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（必ずご記入ください）】

氏名	
申込者との関係	
住所	
電話番号	

【支払方法　（○をつけてください。）】

			途中申込み
	水曜日　6回コース	2，100円（350円×　6回）	円（350円×　回）
	金曜日　6回コース	2，100円（350円×　6回）	円（350円×　回）
	水・金　12 回コース	4，200円（350円×12回）	円（350円×　回）

【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