

様式第1号(第4条関係)

葛城市在宅高齢者食の栄養改善・自立支援事業利用申請書

年 月 日

葛城市長 様

申請者 住所

氏名

利用者との続柄( )

電話番号

次のとおり在宅高齢者食の栄養改善・自立支援事業を利用したいので申請します。

利用者	ふりがな 氏名			性別	男・女	生年月日	年齢
	住所						
世帯の状況	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢	
希望する日	<p>月 火 水 木 金 (週 回)</p> <p>(希望する曜日を○で囲んでください。)</p>						
必要とする理由							

## 承諾書 兼 誓約書

このたび、在宅高齢者配食サービスの利用の申請に際し、利用者と世帯の構成員について、世帯の住民情報に関する調査を、市が行うことを承諾します。

また、利用が決定された折には、サービスの利用方法を遵守すること、及び、支払いを滞納しないことを約束します。また、不可抗力による事故の発生及び、安否確認のための家屋への立ち入りを実施した場合につきまして、葛城市並びに事業者に対し、一切の異議申し立てをいたしません。

令和 年 月 日

葛城市長 阿古 和彦 様

申請者 住所

氏名

利用者 住所

氏名