

年 月 日

鹿児島市長 殿

申請者 住所
氏名
(利用希望者との続柄：)
電話

鹿児島市心をつなぐ訪問給食事業配食回数変更申請書

鹿児島市心をつなぐ訪問給食事業実施要綱第8条第4項の規定に基づき、訪問給食の配食回数の変更をします。

【利用希望者①】

氏 名		生 年 月 日		年齢	続柄	要介護度	配食施設名		
		M. T. S. . .							
現在の配食曜日等									
昼 食	週 回	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	夕食	有・無
↓									
変更後の配食希望曜日等									
昼 食	週 回	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	夕食	有・無

【利用希望者②】

氏 名		生 年 月 日		年齢	続柄	要介護度	配食施設名		
		M. T. S. . .							
現在の配食曜日等									
昼 食	週 回	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	夕食	有・無
↓									
変更後の配食希望曜日等									
昼 食	週 回	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	夕食	有・無

※週4回以上の利用を希望する場合は、要介護認定を受けていることを証明する書面を添付してください。