

サービス申込書

平成 年 月 日

中川村社会福祉協議会
会長 松村 隆一 様

申込者 住所 中川村 _____
(地区名 _____)
氏名 _____ 印
電話 _____ (_____)

配食サービスの利用を申し込みます。

なお、事故発生の際は、当社会福祉協議会加入の損害賠償保険の範囲内で補償することとし、その他いかなる補償も求めないことに同意します。

記

- 1 利用者氏名 _____
- 2 生年月日 _____ 明治・大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)
- 3 配食の希望 (いずれかに○)

(1) お楽しみ弁当 (月1回) 社会福祉協議会が計画する日

(2) いわゆり弁当 (希望する種類・曜日に○をしてください)
種類 ・ ご飯と副食 ・ 副食のみ

希望曜日 月、火、水、木、金 曜日

※利用料	お楽しみ弁当	500円
	いわゆり弁当 (ご飯・副食)	500円
	いわゆり弁当 (副食のみ)	400円

- 4 支払方法 (いずれかに○)

(1) 口座振替 (別紙) ※ (2) 現金払い
翌月25日に引き落とし

※口座振替は、金融機関の口座振替申込書を提出していただきます。