

## 産婦配食サービス利用申請書

大井町長様

産婦配食サービスの利用を希望しますので次のとおり申請します。

申請者 (産婦)	ふりがな 氏 名		電話番号	
	住 所	大井町		
子	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
備考	配食日	水・金	利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	表札 (有・無)	駐車場 (有・無)	その他 ( )	

## 【同意書】

本サービスは下記の内容に同意いただける方が対象です。

御確認いただき、同意される場合は署名をお願いします。

- 1、本サービスは、産婦の見守りサポート機能を果たすため、配達員が様子の異変等に気づいた際は、町に連絡いたします。
- 2、本サービスを行う上で、配食事業者利用者情報を提供させていただきます。
- 3、期限を過ぎたキャンセル、及び配達時間に不在にした場合は、配食にかかる実費相当額を請求します。
- 4、食物アレルギーをお持ちの方は御利用できません。なお、食物アレルギーをお持ちの方が本サービスを利用し、アレルギー症状等が出た場合でも、町では責任を一切負いません。

署名

(町記入欄)	住基確認 (有・無)	サービス決定 (承認・非承認)
	利用期間	年 月 日 から 年 月 日 まで