

都留市給食サービス事業利用申請書

令和 年 月 日

都留市長様

申請者
住 所
連絡先電話番号
氏 名

次のとおり給食サービスの利用を申し込みます。

また、対象者の要件の確認のため、世帯の市町村民税の課税状況について、関係諸帳簿を閲覧することに同意します。

対象者の住所 都留市
電 話 ()
氏 名
生 年 月 日 明・大・昭 年 月 日 歳
希 望 日 日 月 火 水 木 金 土
月～金が祝祭日の場合、希望する・希望しない (曜日)

希望する理由 _____

※市担当者記入欄

- 1 市町村民税課税状況 非課税世帯 課税世帯
- 2 決 定 内 容 該当
該当理由 (1)65歳以上のひとり暮らしの高齢者
(2)65歳以上の高齢者世帯で、いずれかが虚弱なもの
(3)重度心身障害者及び65歳以上の高齢者のみが同居する世帯
(4)ひとり暮らしの重度心身障害者
(5)その他市長が特に必要と認めた世帯
非該当
- 3 民生委員との情報共有 有 無
民生委員名 _____ 連絡日 _____
連絡職員名 _____