

守山市配食サービス内容依頼書（ カフェレストアルブレ・ア ）

R 6.7 ~

■申請日 令和 年 月 日

■利用者情報

フリガナ			男	女
お名前				
住所	〒 ー			
電話番号			携帯番号	
支払い	現金	振込	口座振替	

曜日	日	月	火	水	木	金	土	祝日の配食	備考
昼食								有 無	
夕食								有 無	
内容	種類		利用者負担額		食事に対する要望（○をつけてください）				
	普通食		490		主食 なし・あり【 副菜 なし・【 アレルギー なし・あり〔 その他 〔				
	カロリー・塩分調整食		500						

■緊急連絡先

ご家族		ケアマネジャー	
お名前	続柄 []	事業所	
住所		担当者様	
電話番号		連絡先	

■請求先情報 ※利用者と違う場合のみ

フリガナ	
お名前	
住所	
電話番号	