

配食事業者 様

飛騨市お手本配食事業 配食発注書

1 担当ケアマネージャー又は地域包括支援センター職員

氏名	
事業所名	
事業所連絡先	

2 お手本配食利用者

利用者氏名	
利用者住所	
利用者連絡先	

3 お手本配食利用期間

利用開始日	年 月 日
利用期間数	ヶ月
利用期間終了日	年 月 日

4 市のお手本配食の利用日

曜日	月	火	水	木	金	土	日
希望 時間帯	昼 : ~						
	夜 : ~						

※時間帯の詳細は配食事業者と利用者で確認しあってください。

※この回数が委託事業分の回数となります。これを超える配食は利用者と配食事業者の間の一般のすべて実費の配食利用となります。

5 利用理由※利用申請書に記載した内容を記載のこと

--

6 食事内容への希望事項・特記事項

--