様式第6号(第12条関係)

|  |
| --- |
| 粕屋町障がい者配食サービス事業利用確認書　　年　　月分　粕屋町長　　　　様※配食を受領した箇所に〇を付けてください。 |
| 　 | 　 | 1日 | 2日 | 3日 | 4日 | 5日 | 6日 | 7日 | 8日 | 　 |
| 昼食 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 夕食 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 9日 | 10日 | 11日 | 12日 | 13日 | 14日 | 15日 | 16日 |
| 昼食 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 夕食 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 17日 | 18日 | 19日 | 20日 | 21日 | 22日 | 23日 | 24日 |
| 昼食 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 夕食 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 25日 | 26日 | 27日 | 28日 | 29日 | 30日 | 31日 | 合計 |
| 昼食 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 夕食 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 上記のとおり配食サービスを利用した事を確認しました。　　　　　年　　月　　日利用者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （自署又は記名押印）事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |