様式第２号（第４条関係）

食の自立支援事業利用開始・変更（却下）決定通知書

記号及び番号

年　　月　　日

　　　　　　　　　様

能代市長

　　　　　年　　月　　日付けで申請のありました食の自立支援事業の利用について、下記のとおり決定したので通知します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 認定　　・　　却下 | |
| 利　用　者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 氏名 |  |
| 配食の開始日 | 年　　　月　　　日から | |
| 配達事業者 |  | |
| 配食の曜日 | ・　　　・　　　曜日 | |
| １　食事は手渡しとなりますので、配達時間帯には必ず自宅にいてください。  不在の場合等、利用を停止する場合は、能代市までご連絡ください（前日の午前１０時以降にご連絡いただいた場合又は連絡なく不在であった場合は、利用者負担金４００円をご負担いただきます）。  ２　廃止を希望する場合は、申請が必要です。  ３　申請した内容に変更がある場合は、速やかにその内容を市長に申し出てください。 | | |