

(第1号様式)

_____区役所地域ケア推進課 → 健康増進課

担当	係長	課長	担当	係長	課長
----	----	----	----	----	----

栄養補給食品支給申請書

_____年_____月_____日

(あて先) **川崎市長**

郵便番号 _____

住所 川崎市_____区_____

氏名_____印 電話番号_____

標記について(新規・継続)支給を受けたいので、次のとおり申請します。

健康手帳・受給者番号

フリガナ		生年 月日	明治 大正 昭和
受給者氏名			年 月 日

支給内容(希望する番号のいずれかに丸印を付けてください)

※年度の途中で変更することはできません。

①牛乳1,000ml + 牛乳500ml

②牛乳500ml + ヨーグルト400g

③ヨーグルト400g + 乳製品乳酸菌飲料650ml

④ヨーグルト400g + 野菜・果実ジュース1,000ml

備考

※ 申請時には、被爆者健康手帳を提示してください。

地域ケア推進課受付印	健康増進課受付印
------------	----------