

①名前	ふりがな		
	様		
②ご住所	〒	-	ふりがな
	<マンション名>棟、号室までお願いします		
神戸市	区		
③電話番号	-	-	生年月日 年 月 日
④配達内容	年 月 日 (毎週の方は、スタート日を記入してください)		
※ご希望の曜日全てに○をして下さい。	月	火	水 木 金 土 試食 1回のみ 毎週
⑤受け渡し関連	オートロック あり・なし ロック解除方法 あり・なし 管理人 あり・なし 保冷ボックス設置 可・不可 手渡し 可・不可 認知証 あり・なし 不在時対応方法 (ご指定がなく、不在の場合はお弁当は廃棄いたします。) 配達時注意事項		

⑥ご注文商品

普通食530円	個	ボリューム食600円	個
低たんぱく食750円	個	カロリー調整食750円	個
やわらかムース食750円	個	試食(ごはん付き)	個
※ごはんが必要な場合、こちらにもチェックして下さい。 (やわらか食、ムース食に関しましては、おかゆのみになります。)			
カレー550円	個	ごはん50円	個
		おかゆ50円	個
容器の種類： 回収容器・使捨て容器			
お食事に対する要望(アレルギー情報)			

<備考> 認知証 あり・なし
過去に配食サービスを受けていた経験 あり・なし
経験済み配食サービス名:

試食なしのご注文の方は、⑥ご注文商品から選択ください。
試食にはご利用条件がございます。普通食以外は有料となります。
1日昼夕2食ご注文の場合は、合計から30円引となります。
日曜・祝日は営業休業のため、試食や新規の申し込み手続きはできません。休業中にご連絡いただいた場合は、翌営業日にご連絡いたします。

⑦緊急連絡先(安否確認連絡先)

連絡先1	連絡先2
ふりがな	ふりがな
名前: 様	名前: 様
ご利用者様との関係: *ご担当ケアマネ、ご家族関係等	ご利用者様との関係: *ご担当ケアマネ、ご家族関係等
電話番号: -	電話番号: -
備考:	備考:
請求書送付先 本人 家族 第三者	
<安否確認> 必要 ・ 不要	
⑧お支払い方法 (○をつけてください)	1. 1週間前払い(家族登録のない人で初回のみ) 4. 自動振替(手数料無料 月末締、翌月27日銀行口座振替) 2. 毎回現金払い 3. 月に1回現金まとめて払い 5. 第三者請求(安心サポートセンター等)

<注意事項>

- ・安否確認の有無にマルをお願いします、必要な方は必ず緊急連絡先をご記入ください。
- ・安否確認サービスは訪問時に直接面談でお客様の安否を確認するものです。事前のお申し出のある場合、緊急時に緊急連絡先へのご連絡を致します。(ご不在時には家屋への立ち入りは致しません。)
- ・受け渡し方法は「手渡し」、「メーターボックス内」、「冷蔵庫内」など、ご指定された場所にお弁当をお届けします。
- ・お支払い方法については、初回月はご要望にお応え出来ない場合がございます。
- ・家族連絡先のない方については、初回は1週間前払いとなります。
- ・ご注文の際は、①から⑧は必須項目です。

*この用紙をコピーしてご利用ください。



手から手へ、からだ思いのお弁当

すこやか弁当

営業時間 月～土曜 9:00～17:00 祝日は配達なし

電話 050-6861-8111