

別記第1号様式(第5条関係)

串本町配食サービス事業利用申請書

年 月 日

串本町長 あて

申請者 住所

氏名

印

電話

下記のとおり、配食サービス事業を利用したいので申請します。
 なお、本申請に関し、町が所有する個人情報を確認し、配食サービス事業所に提供することに同意します。

利用者	ふりがな						
	氏名		男・女	生年月日	年	月	日 歳
	住所				電話番号		
	介護度	なし 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	手帳	身体(級) 精神(級) 療育()			
	(調理が困難な理由・生活状況・疾病の有無について記入してください)						
世帯状況	氏名	続柄	年齢	職業・連絡先			
	ふりがな						
	ふりがな						
	ふりがな						
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号			
	ふりがな			自宅		携帯	
希望内容	事業所	1 串本社協 2 古座社協 3 にしき園					
	配食数 (希望する曜日に○をしてください)	昼食	月	火	水	木	金 土 日 回
		夕食	月	火	水	木	金 土 日 回
食事形態	1 普通食 2 療養食(医師の指示箋が必要です)						

年 月 日

串本町長 あて

申請者 住所 串本町西向359

氏名 串本 花子 (印)

電話 0735-72-0081

下記のとおり、配食サービス事業を利用したいので申請します。
 なお、本申請に関し、町が所有する個人情報を確認し、配食サービス事業所に提供することに同意します。

利用者	ふりがな	くしもと たろう		(男)女	生年月日	××年 ×月 ×日	××歳			
	氏名	串本 太郎								
	住所	串本町串本1800			電話番号	62-0555				
	介護度	なし 要支援 1 2 要介護	(2) 3 4 5	手帳	身体(級) 精神(級) 療育()					
(調理が困難な理由・生活状況・疾病の有無について記入してください) ・独居で腰椎圧迫骨折の後遺症により長時間の立位が困難になっている ・昼食は二女の支援とデイサービスを利用しているが、二女は午後から勤務で 夕食の支援は困難である ・糖尿病でくしもと町立病院へ月に1回通院中										
世帯状況	氏名	続柄	年齢	職業・連絡先						
	ふりがな									
	ふりがな									
	ふりがな									
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号						
	ふりがな	くしもと はなこ	二女	串本町西向359	自宅 72-0081					
	氏名	串本 花子			携帯 080 1234 5678					
希望内容	事業所	(1) 串本社協 2 古座社協 3 にしき園								
	配食数 (希望する曜日に○をしてください)	昼食	月	火	水	木	金	土	日	回
		夕食	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	日	6回
食事形態	(1) 普通食 2 療養食(医師の指示箋が必要です)									