

岬町地域自立生活支援事業（配食サービス）利用申請書

年 月 日

岬町長 様 (申請者) 氏名 _____

住所 _____

電話 () _____

利用者との関係 _____

岬町地域自立生活支援事業（配食サービス）の利用について下記のとおり申請します。

(利用希望者)

フリガナ		性別	生 年 月 日	年齢
氏 名	Ⓜ	男・女	明・大・昭 年 月 日	歳
住 所	岬町	電 話	(携帯)	
配食希望の理由	高齢者独居・高齢者夫婦 特記事項 なし・あり () 要介護度 (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) (申請中・未申請)			
利用開始希望日	年 月 日 (曜日) から週 回			
希 望 曜 日	月・火・水・木・金 (○を記入してください) ※3つ迄			

(利用希望者の状況)

居住形態	高齢者独居・高齢者夫婦・その他・() (いずれかに○をしてください)			
家族構成	氏 名	続柄	年齢	備 考
食事制限等	(1) 医師から食事制限等の指示を受けて (いる ・ いない) 受けている場合その理由 ()			
身体状況	(2) 現在かかっている病気 () 病院・主治医等 (病院 医師)			
	(3) 病歴 ()			

緊急連絡先 ※日中連絡の取れる方の携帯電話番号等をご記入ください。

氏名	(続柄:)	氏名	(続柄:)
住所		住所	
電話		電話	

利用希望事業者

事業者名	
------	--

※この申請書の写し(コピー)は、利用事業者へ配布されますのでご承知おきください。