

様式第1号(第5条関係)

配 食 サ ー ビ ス 利 用 申 請 書

年 月 日

吉田町長 様

住 所
申請者 氏 名
電 話

配食サービスの利用を次のとおり申請します。

利用 対 象 者	住 所	〒421-03 吉田町			電話		
	氏 名			性別	男・女	要介護度	
	生年月日	年 月 日 (歳)			隣組		
	家族構成	1 独居世帯 2 高齢者のみの世帯(65歳以上だけの世帯) 3 そ の 他 合計 人(本人含む)					
	利用希望する理由	1 病気・けが 2 家族の入院・病気 3 身体障害者 4 その他()					
緊急時等 の連絡先	1	住所				電話	
		氏名				続柄	
	2	住所				電話	
		氏名				続柄	
特 記 事 項							

(本申請書は、対象者一人につき1枚です。)

希望する日
希望する箇所に2つ以内で次のしるしを付ける。
(○はご飯とおかず、△はおかずのみ)

希望期間
(期限を付けて希望する場合)

曜日	月	火	水	木	金	土
昼 食						
夕 食						

年 月 から
年 月 まで
期限あり・期限なし(継続)

特別食等の希望

○をつけてください。

1 普通食 2 きざみ食 3 減塩食

(3を希望する場合で、医師からの指示等がある場合は記入してください。)

内容	
----	--

町使用欄

健 J A B C	健～ I II III 問題行動	老・身・知・精()
介護保険／該・非	決定日 年 月 日	決定事項 適 ・ 不適
		担当