

様式1

配食サービス利用申請書

年 月 日

遠賀町長 殿

申請者(本人)

住所 遠賀町

氏名

電話番号 ()

(代理人氏名 続柄)

配食サービスを利用したいので次のとおり申請します。

対象者	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
					年齢	歳
	住所	遠賀町			電話番号	()
対象者の状態	介護保険における要介護認定		<input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他			
	障害の状態		<input type="checkbox"/> 身障1・2級 <input type="checkbox"/> 療育A <input type="checkbox"/> 精神障害1・2級			
	その他特記事項					
世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯(高齢者夫婦 ・ その他) <input type="checkbox"/> その他()					
配食の希望内容	曜日	月・火・水・木・金・土・日		利用開始希望日	令和 年 月 日()	
	弁当の種別		<input type="checkbox"/> ごはんとおかずのセット <input type="checkbox"/> おかずのみ			
	備考(配食先等)					
緊急連絡先		氏名	続柄	電話番号		
	①					
	②					
	③					
注意事項						

(添付書類)

介護保険被保険者証 身障手帳 療育手帳 精神障害手帳